


<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>510823/0584</u>		APPLICATION DATE <u>24-08-2023</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम <u>Mrs Kameshoni</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>67</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम <u>Late MM Makanda</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
Address: <u>W/O: Atam Singh, KUMBHAR</u> <u>HEAD, Jhapdolpur, Sohawalpur, Uttar</u> <u>Pradesh, 207002</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
<u>same as above</u>				
OCCUPATION : व्यवसाय <u>Home Maker</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय <u>50,000 (Family Income)</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. स्वयं खाता संख्या <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का निश्चय लें)।				
		Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Atam Singh	72	M	Husband
(2)	Babam	50	M	son
(3)	Rajit	07	M	son
(4)	Masam	08	F	daughter in law
(5)	Manvi	05	F	daughter in law
(6)	ANJOU	23	M	grand son
(7)	LOJHU	23	M	grand son
(8)	MANVI	10	F	grand daughter
(9)	TONIYA	18	F	grand daughter
(10)	DISHA	16	F	grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>Diagnosis - RE - senile cataract</u> <u>LE - senile cataract</u>			
	<u>Surgery - RE - ICS WITH PMMA</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		



PASTE PHOTO HERE  
 Phe OP Post OP  
 Kameshoni  
 (0584)

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवस्था प्रकाश जाता है तो मेरी सहायक तिरस को वा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, मासिका/पत्र दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और प्रसारणों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को इत्यादि को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से घोषित है पूर्ण स्वतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 P-SEIF

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

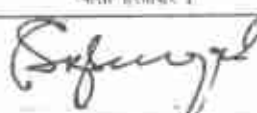

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
  - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रायोजकों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्थान व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अशिक्षित/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो, हस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई इलाज या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को चारों दिशाओं से रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>24-08-2023</b></p>	<p><b>Dr. Dharmender</b> DMC-15402 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.</p>	<p><b>Ranveer Singh Sandhu</b> Administrator (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> (Hospital) नाम व पद/संज्ञान के धारक अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 </p>
--	--



भारत सरकार  
Government of India

कृषि विभाग  
Department of Agriculture  
कृषि विज्ञान केंद्र  
Karnal, U.P.



6508 4185 8375

समय आटोमैटिक अडिक्टर



असम सरकार  
Assam Government

कृषि विभाग  
Department of Agriculture  
असम  
Assam

6508 4185 8375