

VRN-C-22-11-0076

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्थानीय देशभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या:

V/1122/0889

APPLICATION DATE: 01/11/22  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Kunti Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
68SEX लिंग  
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कदम्प का नाम

Chiranjeevi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान ज़्यावासीय पता

Jaswa, Jaiswan, Bokia

Distt. Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:  
ज़िन्दगी

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
बुल वार्षिक आय

₹8000/- (Family)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साल्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चाल लगायें)Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS संरितार 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.	Netenpal	72	M	Husband
2.	Madan	36	M	Son
3.	Sangeeta	34	F	Daughter-in-Law
4.	Rushimani	10	F	Grand Daughter

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे गम्भीर विवरों का उल्देश्य;

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्राथिकेन सूची संलग्न
	IAE - Semile Cataract

LE - Semile Cataract

Surgery - (RE) SICST PMMA

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-


  
foundation

Building block of life


 Rupesh Postob  
(0883) Kunti Devi

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट का घोषणा पत्रः

- 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 & on 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 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, or for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में लिये वाये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मात्र एवं भट्टे हैं। यदि कोई विवरण यह काम के असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की सहायता लिए "कोशिका फाउंडेशन", से जीवा का नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पुरा के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा था है।
- 3) मैं पुरुष काम हूं कि यह सहायता हेतु वह जारी की गई है, उम्र यांत्रिक या नकाल विनाश की अन्य घटना/प्रियोक्ता/बीमा बास्तवों में वह तो लिया है और वही विवरण में लिया है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकाश पर आवेदक की जानकारी, ये (आवेदक) अपनी सहायता की पुरुष करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाता, जीवा और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रबन्ध नामों, जानकारी वृत्ति उद्देश्य में जूही गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये विनाश भी प्रस्ताव माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयोग का विवरण मेरी इच्छा के फलते या बाहर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से जटिल हूं कि मेरा नाम, जाता, जीवा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में घोषित है पुढ़े स्वयं सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों जो कि विवरण अधिकृत होंगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर का अंगूठ का लियान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इम्पतल द्वारा कराया)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यामली/जीवा को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु लियारिश की जाती है, जिसे हम (इम्पतल) जिस प्रकाश से आव्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि वह जीवा की जांच और वही विवरण में विवरण सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान से लियी अथवा खोली गैर सरकारी संस्थान से लियी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से लियारिश/विनाश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर्द हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत अस्पताल/मर्दाना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार मूर्खित रखता है। इस पुरुष में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर्द उक्त गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से लेने लगते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में की जीवा सहायता ऑफिस लियान प्रकृति की है। गैरी जा इसपतल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर सरकारी/अधिकारी का चुनाव गैरी एवं उपचार के संबंध का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई उचाव नहीं है। इसलिये इसपतल में गैरी के इच्छा गुरुका और आवेदन की मार्फत विनाश गैरी एवं उपचार की डॉगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विभेदारी इस भास्तव में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकारी के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
अप्पेशन की तारीख  
02/11/22

*Sachin Sharma*  
**DR. SACHIN SHARMA**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
राजस्त्र का नाम व हस्ताक्षर व राज्य नं.  
Raj. No. 00183

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व उपचार का नाम व हस्ताक्षर व राज्य नं.

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपचार हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

*Sachin*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

*Lic B*