

MON - C-29-12 0192

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life																
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/1224/0922	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			03/12/09														
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Shiv Devi	AGE-YEARS उमेर - वर्ष	49	SEX लिंग	F														
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कदम्ब का नाम	Ram Pal																		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्तमान आवासीय पता		Km/No. Number - 452 Village - Rajapuri Kaimaha Kaimaha Lakhimpur Kheri उपनगर - 262301																	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्थाइ आवासीय पता		Same as above																	
OCCUPATION : कारबसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	Rs 10,000/- family	(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)																	
PAN No. स्थाई साता संख्या																			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		Yes / No हाँ / नहीं																	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण																			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">सहायता के लिये चिन्हित आधार</td></tr> <tr> <td>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)</td> <td>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आद वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)</td> <td>Ration Card (Attach Copy) ठपथोक्ति कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)</td> <td colspan="2">Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य</td> </tr> </table>					BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					सहायता के लिये चिन्हित आधार					BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आद वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठपथोक्ति कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																			
सहायता के लिये चिन्हित आधार																			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आद वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठपथोक्ति कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य																
<p style="text-align: center;">"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Sr. No. क्रम संख्या</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">           Diagnosis            HE penile catatonia            HE penile catatonia            Surgery up to 5secs with PRMING lens camp         </td> </tr> </table>					Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					Diagnosis HE penile catatonia HE penile catatonia Surgery up to 5secs with PRMING lens camp								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																		
	Diagnosis HE penile catatonia HE penile catatonia Surgery up to 5secs with PRMING lens camp																		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता विस्तीर्ण अन्य स्रोत से लिया गया हो?																			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED हाँ गई सहायता राशि																	
	DPCS	₹ 500/-																	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा घोषणा पर:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण में हमनकारी के बहुतायत वाले पर्याप्त नहीं हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठिन जात्यर्थ यथा जाता है तो मैं सहमति दिलाकर जो जानकारी है।
- 2) मैं दूसरे जो सहमति दिलाकर कि "कोशिका फाउंडेशन", से कोई जा रही है, उनका उपर्योग उसी क्षेत्रपर की पूरी के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में जाता है।
- 3) मैं दूसरे करता हूं कि विस सहमति दूसरे पर्याप्त की गई है, उस पर्याप्त का अधिकार या सहमति दिलाकर किया जानकारी से न जाने दिलाया है और न ही अधिक पर्याप्त में दूसरा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा कराये)

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर का चिन्ह को लगा लकड़का, मैं (अप्लिकेशन) अपनी सहमति की दृष्टि करता हूं ऐसे "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दृष्टिगत है, उसे "कोशिका" इत्यम् ज्ञानीय, दाता, वाचनात्मक दूसरे उद्देश्य से दूसरी जीवितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार सहमति से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण को इतना को जाले का जाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञानीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस जाल में सहमति हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे जाता, सहमति का हक्कदार नहीं पता। इस समर्थन में "कोशिका" एवम् उसके ज्ञानीयों का नियन्त्रण अधिकृत और जानकारी होता।

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

ज्ञानीय व उपलब्धि का अधिकृत

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा कराये)

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर तो यामनकोर्टी को "कोशिका फाउंडेशन" ने वित्तीय सहमति की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) पिछला से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न को वर्तमान और न ही अधिक में वित्तीय सहमति किसी गैर जानकारी संस्थान या किसी ज्ञान छात्र से उक्त संस्थानों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं हैं तो है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहमति वित्तीय ज्ञानकारी सहमति है तो अस्पताल किसी अन्य गैर जानकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहमति लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय भवर उक्त गैरी/संस्था हैं जिसमें गैर जानकारी संस्था या किसी अन्य साधन ने नहीं लेंगे/लेने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहमति के बायक वित्तीय प्रकृति की है) ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा यह विवरण अपेक्षा/प्रक्रिया या चुनौती गैरी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का चोई रखा गयी है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी को इतना सुना और जो याने को जानी विनियोगी ऐसी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनियोगी इस याने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती को लिए संस्कृति

Date of Surgery  
अंगीरण की तारीख

Dr. Utshay Deep  
M.B.B.S.M.S  
(UP M.G Reg No. 30746)  
काम्प्टर का नाम व हस्ताक्षर का नाम,

03/12/2018

Deepak Tripathi  
Administrator

Dr. Shriya-Charity Eye  
Hospital, Sahyadri  
Moharai, Dahanu - 401501  
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्ञानीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
ज्ञानीय हस्ताक्षर 2