

SRE - C- 25 - 12 - 1304

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Serving since 1985



PASTE PHOTO HERE

Pre op post op
Mr. Pappu
(0930)

APPLICATION NO. : 81022610930

APPLICATION DATE : 17/02/26

NAME of APPLICANT : Mr. Pappu

AGE-YEARS मास-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mr. Mahender

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nasrulla, crash must, PO: Nasrulla, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247030

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 46,000

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो भन्दा हो इस पर चिह्न का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

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 से संबंध
(1)	Subhash	32	M	Son
(2)	Pritha	30	F	Daughter in law
(3)	Tinku	15	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) पीसी कार्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	RWS Certificate (Attach Certificate Copy) रक्षक आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/पत्रिका से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - ICLs with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: NONE OF THEM IS:

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक सत्य असत्य सत्य प्रमाण है जो मेरी प्रार्थना विरुद्ध हो-तो मेरी प्रार्थना को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैंने जो भी सहायता प्राप्त की है, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो मैंने इस प्रारूप में उल्लेख किया है।
- 6) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैंने किसी सहायता से पूर्व यह प्रार्थना नहीं की है, इस प्रार्थना का अंतिम या अन्तर्गत विवरण किसी अन्य प्रो-नॉनप्रॉफिट/सोशल वर्कर्स से न मिले हो और न ही अगल में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दायक)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 fulfillment 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की साथ संलग्न, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस रूप में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् साप्ताहिक, मासिक/वार्षिक पत्रों/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों से तिलि-जिमी-ने प्रसारित करने के लिए प्रयोग करें। इस प्रकार का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे योग्य हों।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग किए जा सकते हैं, वे अंततः सहायता के इलाज नहीं बनते। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

कार्यक्षेत्र में समन्वय का मापन का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (OTHER BID NOT)

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/cases, 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 provided 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/cases 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.

इसमें अभिलेखित, इन्शादादी यदि और से जल्दोदारी को "कोशिका" "कावलीराय" से मिलित सहायता हेतु सिमापि को जारी है, जिसमें इस (समापन) विषय प्रकाश में आने के अन्तर्गत आते हैं।

- 1) पात्र कि न तो जातमान और न ही भविष्य में तत्पिन महापात्र किसी के साक्षरी सम्बंध या किसी अन्य क्षीत से उक्त परिभाषाओं में डाली या ले ले है, यैत कि कल्पे "कोशिका जातमान" में पितामहा/पितामि उक्त के सम्बंध में "कोशिका जातमान" द्वारा मरर हेतु कि है यदि "कोशिका जातमान" द्वारा सम्बंध विधि अधिवास/सम्बंध हेतु साक्षु नहीं किया गया है तो सम्पात किसी अन्य के साक्षरी सम्बंध या किसी अन्य सम्बंध से सम्बंध लेने का अधिवास सुनिश्चित गया है। इन सूचित में स्पष्ट कहा गया है कि सम्पात विशेष पदर उक्त परिभाषाओं हेतु किसी के साक्षरी सम्बंध या किसी अन्य सम्बंध से नहीं सम्बंधित।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती को लिए संस्थान

Date of Surgery
आपेक्षित की तारीख

17/09/26

Dr. NEHA
DMC No. 58989

No. 56989
Date of Dr. & Regn. No. with Starred

आमरावती सा नाना न हस्तक्षर म गनि न



॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

FOR INTERNAL USE OF KOSHIDA FOUNDATION

अनारक डायमंड शी

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यासी हस्त्याय ।

Exchanged

SIGNATURE OF TRUSTEE

संस्कृत-संस्कृत

2018