

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/1124/0934	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 06/11/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Rajendra Singh	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुस्त का नाम	Gopi	62	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 613, Nagla devia, Sonkdehat, Mogaon, Distt. Mathura, U.P. 281123		Preop Postop		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: Same as above				
OCCUPATION: ब्यवसाय	Sant	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	NA (Stay in Ashram)	(Attach Proof of Income) (आय का साझे संलग्न) NA		
PAN No. रजाई छाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्तित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्तित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - Cataract			
	LE - cataract			
	Surgery - (RE) - STICS + PMMA			

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्तो गई सहायता राशी
1.	DRCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा मोर्चणा 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 & ongoing assistance 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 मेरी विवरण में जानकारी को अनुमान सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरल की जा सकती है।
  - 2) मेरे द्वारा जाना गया "कोशिका फाउंडेशन", से लोंगों जारी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस तरीके का आरोपण या असत्य हिस्सा किसी भव्य ग्रोवर्निंग्स/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न भी खिलाया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा कथा)

- 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/produce 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 प्रति पर अपने इस्तमाल या अंगठे को लाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को युट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, घोटा और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्शित है, उसे "कोशिका" पर्याप्त नामी, दाता, व्यवसाय इसी उद्देश्य से डुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक वार्षिक वार्षिक विवरण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राप्ति है, मुझे स्वतः सहायता का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पर्याप्त नामियों का निर्णय अदित्य और बायकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगठे का निराम



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताल द्वारा कथा)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर और से मापते/ऐपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवाहित की जाती है, जिसे हम (हस्ताल) विन प्रकार से मात्र व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह जिस तरीके से विवाहित और न हो घरिया में विवेप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से डबल एंगी/मामले में लंगे या ले रहे हैं, जैसे कि जिसे "कोशिका फाउंडेशन" में विवाहित/जिवाति उत्तम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पद्द देता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवाहित अधिकारी/मामले हेतु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजधन से सहायता लेने का अधिकार सुधृष्टि रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद्द उत्तम एंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लोंगों गई सहायता अवल विविध प्रकृति करे है। लोंगों पर हस्ताल द्वारा दो पैदे सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव गोंगो एवं हस्ताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताल में गोंगो के इलाज सुधार और आगे जाने के लिए कोशिका की ओर से विवाहित अधिकृत अधिकारी नहीं होती और "कोशिका" की कोई पूर्णिका या विमर्शाती इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/11/24	<p><b>Dr. SURYAN DANISH</b> <b>M.B.B.S., DOMS, DNB</b> (Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp) 69924 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोड नं.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2