

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**
foundation
Building block of life.

APPLICATION DATE 05-12-2023
आवेदन तिथि

AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
63	F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
HOUSE NO 3115900, MOTAM PURA, TALL
CHUNG, SAHAWONDIYA, DHAKAR, UTTAR
PRADESH, 211006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **प्रातः आचार्यगण**

same as above

PASTE PHOTO HERE

PASTE PHOTO HERE
pneop Post op
Shakuntala
(0978)

OCCUPATION :
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

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

TOTAL ANNUAL INCOME 50,000 (Family Income)
कुल वार्षिक आय

PAN No. प्याई सुभा संस्था *NA*

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

FAMILY DETAILS (आवेदक का परिवार)				
Sl. 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)	Shamshad	66	M	Husband
(2)	Amit	40	M	Son
(3)	Rashid	32	M	Son
(4)	Guddi	38	F	Daughter in law
(5)	Meena	35	F	Daughter in law
(6)	Ashay	10	M	Grand son
(7)	Rashid	07	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी कारण

सहायता के लिए प्रस्तुत करें			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य।

सहायता हेतु किये गये किराती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अम्माथल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract	
Surgery - RE - STCS with PMMA	

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महापत्त किन्हीं 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 धरती

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेमिंग एवं कवरज संबंधित प्रावधान लागू है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग यही उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में चरम किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/निजी/वैयक्तिक कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & outgrow 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ, एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, चरम, वाचक/अन्य दूरदर्शन से धुरी गतिविधियों और वित्तियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र या विवरण से इलाज के फल से या धरम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्ण सत्य सहायता का इकटार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यासीयों का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

 P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षरों को अंदर से मांगले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगले में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधिगत उसका को सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंतर्भावकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा ही मदद उस रोगी/समय हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या किसी और सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

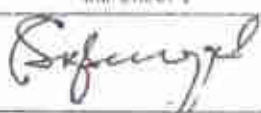
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05-12-2023

Dr. SHREYA TYAGI
Reg. No.-78106
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाजकर्ता व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल और अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2



