



SRE C-24-01-0437

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>510124/1070</u>		APPLICATION DATE <u>13-01-2024</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम <u>Mr Nathi Ram</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>84</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम <u>Late Mr Phool Singh</u>		 PASTE PHOTO HERE पहे of Post of <u>Nathi Ram (1070)</u>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <u>MUZAFFARPUR, SOHAYANPUR, MUZAFFARABAD, UTTAR PRADESH, 247129</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता <u>same as above</u>				
OCCUPATION : व्यवसाय <u>Labour</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय <u>48,000</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. स्थाई पता संख्या <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / 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 सम्बंध
<u>(1)</u>	<u>Rajendra</u>	<u>55</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
<u>(2)</u>	<u>Mangesham</u>	<u>52</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
<u>(3)</u>	<u>Rekha</u>	<u>53</u>	<u>F</u>	<u>daughter in law</u>
<u>(4)</u>	<u>Sohiya</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>daughter in law</u>
<u>(5)</u>	<u>Kabha</u>	<u>20</u>	<u>M</u>	<u>grand son</u>
<u>(6)</u>	<u>Isalca</u>	<u>25</u>	<u>M</u>	<u>grand son</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>Diagnosis - RE - senile cataract</u>			
	<u>LE - senile cataract</u>			
	<u>Surgery - RE - STCS with PMMA</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता राशी		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस मदद का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।


**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मरति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'भारतियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.आर.टी., दान, वाकफ़ या दुरुम उद्देश्य से दुरी तालिमिर्षी और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'भारतीय' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्मरत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकाइय नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.आर.टी. के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

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/case, as we are requesting to grant 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 any other 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्तफादे की ओर से सम्प्रेषण को "कोशिका फाउन्डेशन" से विहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी सकारणी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लूँगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विहित उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सकली संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सकारणी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अतिरिक्त विहित प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>13-01-2024</b></p>	<p><b>Dr. Parshant Singla</b> <b>Reg. No. 109232</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तफादा व रजि. नं.</p>	<p> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> 
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	

875 4984  
Department of India  
4-10 200



5285 4144 7307

Unique Identification Authority of India

Ministry of Home Affairs  
Government of India  
New Delhi, India

5285 4144 7307