

VRN-C-23-01-0526

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: V/0123/1281
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/01/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Vidya Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Janhavi
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla dharmu, Athmattur Distt. Etah, U.P. 207001

Athmattur nagla dharmu, Distt. Etah, U.P. 207001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

36020/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 के साथ सम्बंध
1.	Kohari	58	M	Husband
2.	Varshingh	36	M	Son
3.	Sumrita	35	F	Daughter in law
4.	Yash	12	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता 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
	RE- Cataract
	RE- Senile Cataract
	Surgery- (RE) SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

- 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 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 this assistance is requested.
- 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं योपन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता 2) मेरे द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का चाही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि को भविष्य में सफल हिस्से किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही ले लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees 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 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, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित हैं, उसी "कोशिका" एम्प्लॉयी, स्टाफ, बंधन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और वित्तिय विवरणों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का चाही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, स्टाफ, बंधन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और वित्तिय विवरणों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का चाही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

लियोदवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

- 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 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 की ओर से आपसी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से उठा ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त रोगी को सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आसक्ति/प्रकार हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल को सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सभी जिम्मेदारियों एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
13/01/23

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति
Dr. SUFYAN DANISH
MD, MS, DMS, DNB
(Name of Dr. & Regn. No.) DMG-82893
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
नाम व पद हस्ताक्षर एवं मुद्रा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Sufyan

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Shroff

01.12.2022