

MOM-C-25-03-2224

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M/0325/1342	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	19/03/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sweta	AGE-YEARS: वय-वर्ष:	65
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तुम का नाम:	maya ram	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता mogaunpuria, Dherwah, khuri U.P. 262733			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: जबरदस्ती:	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	35000/- family		(Attach Proof of Income) (आय का साथ संलग्न)
PAN No. स्थाई ग्राहक संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मगा आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगाये)			
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
(1)	Raksha	30	M
			son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को लाल प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्डिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis (LE) Senile Cataract (LE) Senile Cataract Surgery at SCS with Prima lens camp		
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 हाँ गई सहायता राशि	
	Dges	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा सोचना पड़े:

- 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 योग्यता करता हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण इस कामन अनुसार या काम करता है तो मेरी सहायता निःस्त की जा सकती है।
- (2) मेरे द्वारा जी सहायता यांत्रिक फाउंडेशन, मेरी जानकारी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में घटा रखा है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूं कि दिस सहायता ड्रग यह प्राप्ति की गई है, उस गए का नामिक या सकल विषय किसी अन्य चौथा/नियोजित/बीमा कामगी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, जाता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, लान, जानकारी एवं उद्देश्य में जुड़ी विविधियाँ और उन्नामियाँ के लिये किसी भी प्रस्तर पालन से असहित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे ज्ञान के फलते या काम से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के नामीयों अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बदल से सहायता हूं कि मेरा नाम, जाता, फोटो और विवरण जो जिस सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिरह तुम्हें दिया जाता है मुझे दिया जाएगा। सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का विवरण अतिम और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निश्चल



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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 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/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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याप्त/अंगूठी की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विधायित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) अपने प्रकार से भान्न व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त योग्याधारियों ने लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मिलायी/विनियोग उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यपि हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग असिक्करकरत हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य भागाधारियों से सहायता लेने का अधिकार मुश्यित रखता है। इस पुष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल उक्त योग्याधारियों हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से जुड़ी लेना लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जी गई सहायता संस्करण विविध प्रकृति की है। ये पर अस्पताल द्वारा दी गई समाझ या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रहे हैं एवं हस्ताक्षर के जीव का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई रासायन नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में जी गई के इसके सुरक्षा और अन्य जाने वाली सारी विम्बेहरी रहे हैं एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" परी कोई भूमिका या विवरणीय इस प्राप्ति में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्कृति

Date of Surgery अप्रोसेस की तारीख <i>19/03/28</i>	Dr. Utsav Deep M.B.B.S <i>Utsav Deep</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजिस्ट्रेशन नं.	Dr. Shroff Charity Eye Arjun Shroff (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Moham...on behalf of Hospital) नाम व उद्देश्य की अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्ताक्षर।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्ताक्षर।