

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life						
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B129418833.	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 17/12/24								
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Syed Nazeer	AGE-YEARS वायु-वर्ष : 64	SEX लिंग : m.							
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : S/o Abdul Sattar.									
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पता Indraprastha colony taluk khanda 10 Distt. Kanpur									
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पता L1		Poolep Post P. 2833 Syed Nazeer							
OCCUPATION : जबक्षण : unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न)								
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : /									
N No. संख्या संलग्न : /									
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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						
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध									
<p>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीच प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छोटी संलग्न करें)</p> <p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म आय वर्ग इस्यां पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छोटी संलग्न करें)</p> <p>Ration Card (Attach Copy) उपचारकारी कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ छोटी संलग्न करें)</p> <p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष</p>									
<p>PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता हेतु किये गये विनारी का उद्देश्य:</p> <p>Diagnosis</p> <p>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँडिटर से जारी की गई डिप्लोमेन सूची संलग्न</p> <p>RF cataract</p> <p>LE cataract</p> <p>Surgery , REPAIR</p>									
<p>ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी कानून स्वीकृत से लिया गया हो?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DBCS</td> <td></td> <td>2000/-</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि	DBCS		2000/-
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि							
DBCS		2000/-							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघरण 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, 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 लोकल कानून के लिए गये गये विवरण में जाकरी के अनुसार बत्त्या हैं जहाँ हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कानून अनुसार पाए जाते हैं तो मेरी सहायता फिर से की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", से लेने का चाहती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए विवरण जापेंगे, जो इस प्राकृति में भए गए हैं।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस गति का अधिक या सकात हिस्सा किसी अन्य संस्थानीयोंका काम्पनी से न तो लिया है और न ही अधिक्षम में लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा केत्र)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस वारपत्र पर अपने हाथाधार पर अपनी की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, छोटी और जो विवरण इस प्रकृति में दर्शित हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, वाचकाया दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्त योग्यता से प्रत्यावर्ती करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक विवरण के लिए अधिकृत हूँ। मैं प्रत्येक विवरण में इसके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस वारपत्र में सहायता हूँ कि मैं नाम, पता, छोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतिशिखित हैं जुड़े रखता। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों या नियम अंतिम और वाच्यकाता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक नाम, इमारत का नाम और वारपत्र का निम्नलिखित

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पताल द्वारा केत्र)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकृत, हास्पताल की ओर से प्राप्तकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विपरीती की जाती है, जिसे हम (हास्पताल) विवरण में बताया तथा लिखा गया है।

- 1) यह कि न ही अधिकृत वारपत्र में दर्शित सहायता विवरण जो सहायता सम्बन्ध में किसी अन्य संस्था से उक्त गोपीयानामों में लिखे गए हों हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत वारपत्र के सम्बन्ध में किसी अन्य संस्थान से सहायता लिने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सहायता करता है कि अस्पताल द्वितीय वारपत्र उक्त गोपीयानामों हेतु किये गए सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य सहायता से नहीं होता/होती।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लिखे गए सहायता की विविध प्रकृति की है। एंगी पर हास्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गोपीय उपचार/प्रक्रिया का चुकाव एवं एवं हास्पताल के द्वारा का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई उक्त नहीं है। इसलिये हास्पताल में एंगी के इताव सुनाया और अपने बाबे को मार्गी विपरीती की जाएगी एवं "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी एंगी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हास्पताल अधिकृत अधिकारी

hefar

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संक्षिप्ति

Dr. Laxmi Dorennava -
M.B.B.S, M.S, F.P.R.S, F.I.C.T
(NISQ-N.D. Regd. No. with Stamp)
इमारपत्र नं. 10, द्वारा दी गई सहायता का उपचार/प्रक्रिया का चुकाव एवं एवं हास्पताल
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम सहायता 1

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम सहायता 2

S. S. S. S.