

C-1826/8/17

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: E/0817/150 APPLICATION DATE: 30/8/17

NAME of APPLICANT: Vasila AGE-YEARS 60 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sareff

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Bhokta, Tehsil - Bonaul

District - Baghel, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - as above -

Preop  
150Postop  
Vasila

OCCUPATION: Laboure

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 36,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आपको साध्य प्रमाण)

NA

PAN No. (आपका पास है): NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (नहीं)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | Massam                                          | 20                         | M              | SON                                           |
| 2.                     | Titan                                           | 21                         | M              | SON                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये किसी आधार

|                                                                                                          |                                                                                                                  |                                                                                          |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आर वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साध्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपका/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - RE - IMSC<br>LE - IMSC                                                          |
| 2.                     | Surgery - LE - Phaco + IOL                                                                  |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>आप स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | VENU                                    |                                                         |
|                        |                                         |                                                         |
|                        |                                         |                                                         |

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 Kishika 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.

- १) मैं भोजन करता हूँ कि इस प्रजनन में दिवस के सभी विभाग मेरी जानकारी को अनुसरण प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मक अलग-अलग कार्य करता है तो मेरी समझता निम्न की जा सकती है।
- २) मेरी धारा को सामान्य प्रति "कोमिका पाठ्यवेक्षण", से ही जा रही है, उसका उपयोग जहाँ उचित हो मुझे भी मिले बिना बाधित, जो इस प्रजनन में था मध्य है।
- ३) मैं सुनिश्चिit करता हूँ कि जिस साप्ताहिक ईंट पर प्रत्यक्ष को गई है, उस प्रति का अधिक या कमाल हिस्सा किसी अन्य इंटरनेट/विश्वकॉलेज/कम्प्यूटी में न हो गया है और न ही अधिक में नहीं।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu- up/produce 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 soliding donations for Koshika Foundation an-/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंकों को ध्यान लगाकर, मैं (अनेक) अपनी भावना को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोविड प्रायोजन और उसके माध्यमों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाइल नं. या विवरण इस प्रश्न में कोविड है, उसे "कोविड" प्रश्न, पता, मोबाइल नं. या विवरण को सुरक्षित रखेंगे और उपस्थिति में किसी भी प्रकार का उपयोग नहीं करणगे। मैं (अनेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाइल नं. या विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग में शामिल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में उपलब्ध करने या बाद में करने के लिए "कोविड प्रायोजन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाइल नं. या विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग में शामिल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में उपलब्ध करने या बाद में करने के लिए "कोविड प्रायोजन" में अपनी अधिकृत है।

आधेराक नो हसलुआ नो अंते नो निरास

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 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.

इससे जाहज़द, हमलावरों की ओर से आन्दोलनों को "कॉन्सिडरैबल" से विभिन्न प्रकार के विचारों की ओर है, जिसे हम (हमलावर) फिर उभार से राज्य से प्रभावित करें हैं।

- [illegible]

2. "कोशिका पठान्दोलन" से तो यह साहजिक केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इन्सान द्वारा ही यह समझा जा सके कि तत्पर-प्रक्रिया का मुख्य रोग एवं इन्सान को बीम का निम्न है और "कोशिका पठान्दोलन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्त नहीं है। इसलिए इन्सान में ऐसी कोई कृत्रिम प्रकृति और अपने अपने को जारी विविधता ऐसी एवं इन्सान को होने और "कोशिका" को कोई प्रकृति या विविधता इस प्रकार में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

31/12/22

DR. WANGCHUK DOMA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

DR. BHISHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

on behalf of Hospital  
101, Street, ... Area

FOR INTERNAL USE of KODAK FOUNDATION

Rev. No. 51023

Registration No.: DMAC-17330

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासः प्रसादः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संस्कृत-संस्कृतम् २