

SRE-C-23-01-0628

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C1012310110		APPLICATION DATE: 19-01-2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MMH. Bala		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Late MM. Sangam		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Janta Road, Gaoth - Asanwali, Asanwali, Sabhanpur, Uttar Pradesh - 247001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Bala(0110)			
OCCUPATION: व्यवसाय House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 49,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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 सम्बन्ध	
(1)	Chandmal	45	M	Son	
(2)	Vijender	43	M	Son	
(3)	Panna	42	F	Daughter in law	
(4)	Rani	40	F	Daughter in law	
(5)	Rohit	20	M	Grand son	
(6)	Sona	18	F	Grand daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Senile cataract				
	LE - Senile cataract				
	Surgery - RE - SICS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ली गई सहायता राशि		

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.

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, ठम राशि का अधिकांश या सबल विभाग किसी अन्य स्रोत/विधेयक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पश्चिम्प रें लैण्ड।

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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी रायों को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फायरेशन और उसके ग्यायोसो" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और कोई बिबरण इस प्रश्न में योग्य है, उसे "कोशिका" एम्पु न्यासी, दान, याचनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के सिधे बिना भी ज्ञात माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फायरेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अन्यथा) इस बात से आश्चर्य हूँ कि पण रत्न, पात, फोटो और विवरण जो कि त्राहापात से उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायाता का दृक्पत्र नहीं भवता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" स्वयं उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आनेदक के ~~हस्त~~ अंगुली का निशान

P-self

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.

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य खंडों से उभर लेनी/पावले में लेने या ले खंड है, जैसे कि हमने "कोशिका फाइब्रोसिस" से निवारण/निवृत्ति क्या को संस्थान में "कोशिका फाइब्रोसिस" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइब्रोसिस" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सकल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो आपकात किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आपकात द्वितीय मंदर तक लेनी/पावले हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाटने" से ही नई नसबंदी केस निर्माण प्रकृति की है। ऐसी पर हमला कर दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनब चुनौती एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी को इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

19-01-2023

Dr. PRAVEEN SEN SHAHI
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
DMC-97415
डॉक्टर का नाम से हस्ताक्षर व रजि. नं.

VIVEK RANA
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Chiropractic Centre
(सुरक्षा प्रमाणित अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इकाया 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exchanged

Rich