

SRE-C-23-01-0011

Koshika
foundation
Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

PHEOP PostOP
Rajbala(0004)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0123/0004		APPLICATION DATE: 03-01-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MMS - Rajbala		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम MM. Kameshan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Rehat Road, Gadh-Malappuram, Babail Buzung, Sahamapuram, Babail Buzung, Uttar Pradesh - 247120				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 35,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रखा है (जो कानून हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) 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)	Kameshan	54	M	Husband
(2)	Sandeep	30	M	Son
(3)	Sumit	22	M	Son
(4)	Meera	28	F	Daughter in law
(5)	Radhika	21	F	Grand daughter
(6)	Anshul	08	M	Grand son
(7)	Ritik	06	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंती 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Senile cataract			
	LE - Total Senile cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में शिर्षे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं तथ्यन असंगत पाया जाता है तो मेरी साहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता राशि "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहायता हेतु यह प्रारूप भी नहीं है, उस राशि का वैश्विक या समस्त विश्व निहित अन्य खोज/नियोज/वीमा सम्पत्ती से न तो लिया है और न ही परिष्कृत में लौटा।

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/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 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 साक्ष्यका, मैं (अर्जेंटक) अपनी सहायिता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिका फाउंडेशन लीटा ठलसो म्नाथोथ" को अतिशुद्ध करता हूँ कि येत नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोरिका" एगम् न्नाथी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ो नसिधियिओ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ता माध्यम से प्रसारित करने के लिए अतिशुद्ध है। मैं प्रश्न का निवृत्त मैं हस्ताक्षर को खाली या बाद में करने के लिए "कोरिका फाउंडेशन" व न्नाथी अतिशुद्ध है।
- 2) मैं (अर्जेंटक) इस बात से सहमत हूँ कि येत नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यो से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोरिका" एगम् ठलसो म्नाथोथों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आयुर्वेदक के इस्तेमाल या अपेक्षे का नियंत्रण

() psst

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.

हमारे अधिकांश, हस्ताक्षर भी और से प्राप्त/लेखी को "कोशिका पत्राचार" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध साक्ष्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उच्च रोटी/पायसले में लोनी या ले रहे हैं, जैसी कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से विपक्षित/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदिर हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विनिर्दिष्ट आधिकारिकता हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदिर उक्त रोटी/पायसले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से गहरी रोटी/लोनी।

2. "कोरिका पाउडर" से की गई साक्ष्य का ब्यक्ति विधिपत्र इच्छा की है। ऐसी पर हस्ताक्षर प्राप्त करने पर साक्ष्य का ब्यक्ति गण उपचार/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं हस्ताक्षर से बोध का विषय है और "कोरिका पाउडर" इस किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसविषय हस्ताक्षर में ऐसी के हस्ताक्षर प्राप्त और अन्य ब्यक्ति की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोरिका" की कोई भी ब्यक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Sadafne

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

MOHD. RAMTEZ REZA

M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY (AMU.)

FICC LONDON (BASICS)

(Reg. No. 01107-04, 2008 stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील न.

LIVEK RANA

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

1. मैंने वे पैसे हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टिकोण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी सत्ताशा ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्ताक्षर २

01.12.2022