

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/1021/098 (335/21)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/10/21

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Ramnivas

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Girind Sahai

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sukarpur Khoular, Noida

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 72,000/- (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| (1)                    | Vinod                                             | 50                         | F              | Wife                                           |
| (2)                    | Mohit                                             | 26                         | M              | Son                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Drugs- RE Celebrex                                                                           |
|                        | Suri- RE Phaco+IOL                                                                           |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |



DECLARATION by APPLICANT: **प्रार्थक द्वारा गवाही देना:**

- 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) यह घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति मिलान की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की जा रहा प्रति "कोशिका फंडाटेलर", से तो का गी है, जसका उपयोग उक्त संस्था की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सत सत है।
- 3) मेरे पुरख बताते हैं कि जिय सहायता हेतु यह प्रत्येक की है, इस प्रति का अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य कोशिका/फंडाटेलर सहायता से न हो लिया है और न ही पालन में सुख।

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/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 उत्तरफल या जवाब की शर्त रखकर, यै (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कॉरेक्शन फाउंडेशन और उसने ज्वारियै " को अधिकृत करता है कि वेग नाप, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कॉरेक्शन" एवम् ज्वारियै, राज, माधवराव दुधे उददेश्य से खुदी गतिविधियै और उपायविधियै के लिये किसी भी प्रकार माधवराव से इजाजत करायै के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में ज्ञान के चलते या शर्त में करने के लिए "कॉरेक्शन फाउंडेशन" व ज्वारियै अधिकृत है।
- 2) यै (आवेदक) इस बात से सहमत है कि वेग नाप, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यो से प्रेषित है मुझे भवतः सहायता का इकठ्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कॉरेक्शन" तथा उसके ज्वारियै का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

व्यापक के समर्थन या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- (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 अधिभूत, हस्तक्षेप की ओर से मायदेहों को "कॉरेक्शन कार्डेडन" से विलीन करवाया हे। विकसित की जाते हैं, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही भविष्य में विविध महापक्ष किसी एक सरकारों संस्था या किसी अन्य स्वरूप से उभरेंगे। हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उभरने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विभिन्न आर्थिक/सामाजिक हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य एक सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था में महापक्ष होने का अधिकतम मुक्ति रहता है। इस मुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा विभिन्न प्रकार उभरेंगे/मिलेंगे हेतु किसी एक सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह महापक्ष केवल विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी हर महापक्ष द्वारा ही यह महापक्ष या किसी एक उपनगर/प्रकृति का चुनाव होगा एवं इसका मत को मत का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए महापक्ष में ऐसी के मतम चुनाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसका मत को होती और "कोशिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

26/10/21

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

हाथों का नाम य इसाक्षर व रुबि न

Dr. Vandana Gupta

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
Medical Superintendent on behalf of Hospital)

Shroff Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

माधवी दामोदर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी महाराज २