



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 1/0123/0132		APPLICATION DATE: 21-01-2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	 PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Baldevi (0132)	
M48-Baldevi		68	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम		Late M.H. Shek Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		House Number 126, Rasoolpur Fakarbhery, Sabarwanpur, Nalgonda, Uttar Pradesh. 227551			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता		Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय		House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		52,000 (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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)		Yes / No हां / 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)	Bablu	45	M	Son	
(2)	Tajpal	43	M	Son	
(3)	Priem	40	M	Son	
(4)	Ashmita	42	F	Daughter in law	
(5)	Namita	40	F	Daughter in law	
(6)	Meena	38	F	Daughter in law	
(7)	Himanchi	26	F	Grand son	
(8)	Aakash	15	M	Grand son	
(9)	Vikas	13	M	Grand son	
(10)	Sbaev	20	F	Grand daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये 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				
	I.E - Corneal scan				
	Surgery - RE - STCS with PMMA				
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का रही है, इसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माग गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, धर्म, मानस/चतुर्धर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- By affixing my signature or 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यापन/लेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/कमल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने को साठी निम्नकारी रोगी एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या निम्नकारी इस मामले में नहीं होगी।

(Signature) RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-01-2023	<p>MOHD. RAMEEZ Raza M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY FICO LONDON (BA) (Reg. No. DMC/R/...) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर</p>	<p>VIVEK RANA Administrator (Name of the Charity Eye Hospital) (MANSABAD Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानसिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>



भारत सरकार
Government of India



सर्वोदय
Suday
www.suday.gov.in / 011-26115001
वेबसाइट / Website



3573 6305 7026

- आम आदमी का अधिकार

Unique Identification Authority of India

पता
सर्वोदय, वी. सिंह, अजय अडवा
126, रंगपुर इकाई, गुरुग्राम,
शाहदूरा, गाँव-पिन: 201001

Address
V.O. Sheel Singh, House Number
126, Rangpur Colony,
Sahaypur Nagar, Gurgaon,
Pincode: 201001

3573 6801 026

