

VAN-C-25-04-0492

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: VI0425/0044
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 07/04/25
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Attri

AGE-YEARS आयु-वर्ष

92

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कुपुर्ष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बर्तमान आवासीय पता

Pura magorha, Magorha,

Distt. Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pereop Postop

OCCUPATION:
न्यूनसाथी

HOME maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

44000/- (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संलग्न)

NA

PAN No. प्राइवेट खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
बद्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगाये)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.	Panchal	late	m	Husband
2.	Mukesh	38	m	son
3.	Laxmi	35	f	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशि आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
ग्रामीण रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संलग्न करें)	जन्म अय वर्ग प्रवाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
	RE - Cataract	
	LE - Cataract	
	Sung eye - LE - SICS + 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 लो गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा दीक्षित प्राप्ति:

- 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 read & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source, for the same purpose, irrespective of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं आपका अप्लाई हूँ कि यह प्राप्ति मेरे विचार की समझकारी के सुनाम समर्थन की है। परि कोई ! ... - यहां पर यह अप्लाई मेरे सम्बन्धीय विवरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जीवनका धर्म "कोशिका काठडैशन", मेरे लाभ की है, इसका उपयोग उसी विवरण को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति के लिये नहीं दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विचार सम्बन्धीय और विवरण को पूर्ण करने का सकल हिस्सा किसी अन्य भौतिक/विवरणकर्त्ता की सम्पत्ति से न जो लिया है और न ही विवरण में लौंगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आपने हस्ताक्षर या अंगठे को ज्ञाप लगाकर, मैं (आवेदक) आपने सहमति की पुष्टि करता हूँ यदि "कोशिका काठडैशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यो विवरण इस प्राप्ति में प्राप्ति है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचना/या शुरुंग उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रभाव यथावधि में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काठडैशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूस हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं भूमि खत: सहायता का इकादार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अधिकृत और याप्तिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगठे का विश्वास



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकृत, हस्पताली की ओर से मामलेदारों को "कोशिका काठडैशन" से विविध सहायता देने 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 विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से डक्टर रोगी/मामले में लौगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काठडैशन" से सिफारिश/विविध उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका काठडैशन" द्वारा बदल हेतु किया है। यदि "कोशिका काठडैशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरण डक्टर रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका काठडैशन" से लौगी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ये गई सहायता या विविध गैर-उपचार/प्रक्रिया का चुनाव द्वारा होता है और "कोशिका काठडैशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवज नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐनी के इकाव सुरक्षा और आनंद तथा नाम व पर विवरण की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

किसी के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/04/25	Dr. SUFYAN DANISH M.B.B.S., DDMs, DM UPMC 69924 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोजि. न.
---	--



(Name, Designation & Signature of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

आनंदिक उपचार है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

