

SRE - C - 26 - 02 - 0014

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0226/0862

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/02/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Chuyari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Mr. Darshan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Kundi, Kheda, Kaluwala, Jahanpur
Sahasranpur, Kaluwala, Jahanpur
Uttar Pradesh, 247129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

 Pre op postop
 Mrs. Chuyari
 (0862)

OCCUPATION:

आवसाय

Home Maker

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य इलान) NA

PAN No. रवाय खता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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)	Sohan	35	M	Son
(2)	Rakhi	32	F	Daughter in law
(3)	Ankush	39	M	Grand Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगताल/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 कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका काउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भ्रम गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/निर्देशिका/योगी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाइल और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, धन, पाचन/शुद्धि, दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के संबंध किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दस्तावेज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आपरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता बन हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कारिशा" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्तक्षार या अंगुठे 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.

हमारे अभिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सामन्त-पोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से सामान्य न समझाकर गुराते हैं।

11. क्या कि न तो पारितोष और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त योग्य/समस्त में होने या हो रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निष्पक्ष/निष्पक्ष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्न अधिकार/समस्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो उपर्युक्त निम्न अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उपर्युक्त किसी मदद उक्त योग्य/समस्त हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई गणना का मानक विचलन प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ली गई मलबू या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुक़ान रोगी एवं उपचार के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने वाले को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं उपचार की होती है और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृतो के लिए संस्तुति

02/02/20

Dr. NEHA
DMC No.-58989

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रसिद नं.



अन्तरिक उपभाग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्याय्य दस्तावेज ३

Ergebnis

2028