

SRE-C-26-03-0158

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S10326/0968

APPLICATION DATE : 6/3/26

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mr. Mange Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

Late Mr. Pallu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mauhalli - Dist. Mandla, Kashi-
pur, Un. Kashi, Dist. Shamsi,
Kashmir, Jammu & Kashmir,
191118

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

PASTE PHOTO HERE

Photo of Post of
Mange Ram
(0968)OCCUPATION :
व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

49,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आयकरदाता हैं? (जो कानून हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	Rajendra	45	M	Son
2	Pooja	45	F	Daughter-in-law
3	Siddha	38	F	Daughter-in-law
4	Deepak	38	M	Grand Son
5	Aashish	33	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/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 कहीं अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिये गये हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो 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 यहाँ पर क़ायम हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सच ज्ञान है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।

3) मैं यहाँ पर क़ायम हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं भेजा, उस राशि का औसिक या समकल विधता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न उचित है और न ही सहायता में ली जायेगी।

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/post-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.

1। इस प्रश्न का अपने उत्तरदाता या अंतर्गत की जाय लागकर, मैं (नारदरव) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्टेडेशन और उसके व्यतीत" को अधिभूत करता हूँ कि मैं नम, पत्र, फोटो और कि विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प-व्यतीत, दान, वाचनायक दूरी वदरेशय से बुद्धी गतिविधियों और उत्पत्तियों के तिथि किसी भी ज्ञात माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। यह प्रश्न का विवरण यह इत्यादि के पक्षों या कार्य में कार्य के लिए "कोशिका कार्टेडेशन" व व्यतीत अधिभूत है।

आर्षेयक के इलाखार या झोटे या निराल

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.

इससे अधिकतर, हमारा ही की ओर से मायले/पुंगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विधिव सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (इम्प्लूज) निम्न प्रकार से जान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो अविधान और न ही अधिनियम में विधिवत गणनागत किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त को उच्च टेंगे/पदमले में लेने का संकेत है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निवृत्तिप्राप्त/विधिगत उन्नत के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गणनागत किसी अधिकाधिकतर हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो गणनागत किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन को गणनागत लेने का अधिकार पुष्टि करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय मरद उच्च टेंगे/पदमले हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान को नहीं लेना/लेनी।

3. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गैर सहायता सेवक विधिवत प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा ही गई सलाह या बिन्दु गये उपचार/प्रक्रिया का सुझाव ऐसी एवं इस्पताल से बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए इस्पताल ने ऐसी के इलाक़ सुझाव और उद्देश्य जानने को लगे जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुमिका या बिन्दुद्वारा इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती फे लिप संस्कृति

613126

DT. NEHA
DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर या नाम व हस्ताक्षर व छिद्र. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

अनुनासिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इराडा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 व्यक्ती हस्ताक्षर 2

Exercice 7

2018