

SRE-C-23-09-0237

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0326/1023		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 16/3/26	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Shimla		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Mr. Reval		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Shimla (1023)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Salah Pura, Salah Pura, Pithadish - 247341			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाल 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 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
(1)	Reval	59	M
(2)	Akash	26	M
(3)	Sonu		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय-आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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		
	LE - Senile Cataract		
	Surgery - LE - SICS 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 सी 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं काल अलग पाया जाता है तो मेरी साहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य राशि "कोविड आउटब्रेक" में ली जा रही है, उसका उपयोग ठीकी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में करा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य व्यक्ति/निर्गोपित/अन्य कार्यवाही से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

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/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.

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.

- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सन्नत हूँ कि भेरा नाम, जता, जांटे और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रार्थित है जुड़े स्वतः सहायता का वाक्यपर गती बचता। इस सम्बंध में “कोशिका फाउंडेशन” एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सावित्री के प्रस्ताव पर डॉ० का विचार

IMPRESSION :  

AGREEMENT by HOSPITAL ()

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिवक्ता, इलाहाबादी की ओर से मामले/संगी को "कोरिज्डा फाउन्डेशन" से विलियम महापात्र की निवारण की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही पब्लिश में वित्तिय स्वायत्त किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रंगी/मानस में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में लिपिग्राफिक्स/विनि उत्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिका/सकन हेतु प्रस्तु नहीं किया जात है तो सम्पत्त किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रंगी/मानस हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नई सहायता कोरल वित्तिय प्रकृति की है। रंगी पर सम्पत्त द्वारा ही नई सलाह या किये गये उपचार/प्रशिक्षण का प्रयोग करेगा/करेगी एवं सम्पत्त को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसलिये सम्पत्त में रंगी के इतना सुरक्षा और प्रोत्साहन का जो प्रयोग रंगी एवं सम्पत्त को रंगी और "कोशिका" को कार्य भूमिका या विनिमयी इस संपत्त में नहीं होगी।

समीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

 $16/3/26$

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नमः व. पर. हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इलाहाद १

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामची हस्ताक्षर 2

Exemplar

Scrf