

C19/12/0016

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवोदन प्राप्तकर्ता

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION NO. : प्राप्तकर्ता क्रमांक :	A/1218/0605	APPLICATION DATE : प्राप्तकर्ता क्रमांक	03/12/18
NAME of APPLICANT : प्राप्तकर्ता का नाम	Uyyashti Lal	AGE-YEARS : वय-वर्ष	51
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्त्री का नाम	Shyam Sahay	SEX : लिंग	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासन स्थान का पता		Village - Haldwani, U.P. - गाँव - हल्द्वानी,	
DIST. - Almora, Uttarakhand		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान का पता	
		Almora	



Phone No.:  
0605  
Post Office:  
Uyyashti  
Lal

OCCUPATION : प्राप्तकर्ता का कार्य	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)
---------------------------------------	--

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक कमाई 50000/-  
(Attach Proof of Income) अपने का सालाना कामाई का प्रमाण करें।

PAN No. स्थानीय सालाना संख्या : N/A  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
अपने का जात्रा का गठ नहीं (जो जात्रा हो उस पर जटी का नियन्त्रण नहीं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** घरेलू की परिवार

Sr. No. क्रमांक	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरेलू के साथ सम्बन्ध
1.	Chhota	35	M	Son
2.	Minbu Ram	28	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
प्राप्तकर्ता के लिये किसी नहीं

EPL Card (Attach Card Copy) गवर्नर की भवित्वी इमारत पर (उसका पर की छाप भी संतुष्ट हो)	DWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन निवास नियम पर (उसका पर की छाप भी संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) राजस्वाता कार्ड (उसका पर की छाप भी संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
प्राप्तकर्ता हेतु दिये गए विवरों का उल्लेखः

Sr. No. क्रमांक	Medical Reports/Prescriptions Attached तापमात्राकारीर से जटी की गई प्रीलिएट या दूसरे चिकित्सा
1.	Diagnosis — RE - IMSC
	LE - IMSC

  

Symptom — LE - CTS + TBL
--------------------------

**ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी विद्युत संसाधन से दिया गया हो?

Sr. No. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जो विद्युत संसाधन पर
1.	SCBI	

**DECLARATION by APPLICANT:** नीचे द्वारा लिखा गया है:

- 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, 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.
- 4) मैं चेता करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण ये व्यक्ति को अनुमति दिया जाना चाहिए हैं। यह सभी विवरण पर्याप्त रूप से बताया जाता है जो ये व्यक्ति को आवश्यक घोषित करता है।
- 5) मैं इस व्यक्ति को "कोशिका वाकांदेशन", ये भी कहता है, याकांदेशन या बैरोट या यूनिट या विवरण को दिया जाता है या यह है।
- 6) मैं चुनौती करता हूँ कि इस व्यक्ति को यह क्षमता दी जाए ताकि वह कोशिका वाकांदेशन करने से ये विवरण भी उपलब्ध रख सकें।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्प्लिकेंट द्वारा लिखा)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस फॉर्म का लिखा व्यक्ति को अनुमति दी गयी व्यक्ति को "कोशिका वाकांदेशन" या उपलब्ध कराते हैं कि ये व्यक्ति, जो, भीड़ की विवरण इस फॉर्म में दिया है, ये "कोशिका" एवं नाम, दर्ज, वाकांदेशन या उपलब्ध कराने के लिये दिया गया व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है। ये व्यक्ति को विवरण में दिया गया व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है।
- 4) मैं (अप्प्लिकेंट) इस व्यक्ति को यह कहता हूँ कि मैं यह यह, यह, यह भी विवरण को दिया जाना चाहिए है। यह व्यक्ति को यह करने के लिये "कोशिका वाकांदेशन" का नाम दिया जाएगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्प्लिकेंट द्वारा लिखा गया विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हॉस्पिटल द्वारा लिखा)

- 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 as full, then the Hospital reserves its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसी अधिकृत, इसीसही भी योग्य व्यक्ति को "कोशिका वाकांदेशन" के लिये व्यक्ति को दिया जाए है, यह व्यक्ति को यह करना चाहिए है।
1. यह कि यह व्यक्ति भी यह व्यक्ति में विवरण दिया गया व्यक्ति को दिया जाना चाहिए या विवरण दिया जाना चाहिए व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है। यह कोशिका वाकांदेशन" द्वारा यह कर दिया है। यह "कोशिका वाकांदेशन" द्वारा यह कर दिया है। यह व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है।
  2. "कोशिका वाकांदेशन" में दिया गया व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है। यह व्यक्ति को दिया जाना चाहिए है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
Dr. Shroffs Eye Hospital के लिए संमति

**MASSEY**

Date of Surgery विक्रमी की तिथि  04/12/18	MS (OPHTHAL) Reg. No.-028084  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) एम्सी डी एवं रजिस्ट्रेशन नं. ०२८०८४	Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Aligarh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कानूनी रूप से इस व्यक्ति की विवरण
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाज़ इस्लाम

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नवाज़ इस्लाम 2