

C17/06/0053

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life.APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

V/0219/1179

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

19/02/19

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Shirdeci

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

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

Mo - Rambabu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No - A, Vill - Bhangan

Distt - Mathura, U.P. 281009

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

Preop Postop  
(1179) ShirdeciOCCUPATION:  
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. स्वामी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | Begum                                             | 60                         | F              | wife                                           |
| 2                      | Sumita                                            | 39                         | F              | Daughter                                       |
| 3                      | Lecha                                             | 37                         | F              | Daughter                                       |
| 4                      | Dhendayal                                         | 36                         | M              | son                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

| Sr. No.<br>क्रम संख्या |                           |
|------------------------|---------------------------|
|                        | RC - P.P.                 |
|                        | LP - JMCC                 |
|                        | Surgery - (LP) LTCS + TOL |
|                        |                           |
|                        |                           |
|                        |                           |
|                        |                           |
|                        |                           |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: सर्वेष्टेष्टा सर्वेष्टा

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना पसंद करता है तो मेरी प्रार्थना मिलेगी कि वह सत्य एवं सही है।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताना पसंद करता हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना किसी भी तरह की राशि को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (see/w/ 201 1670)

- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपने नाम, पता, फोटो का प्रयोग करूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इसका उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने को मैं "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कौनसे भी उद्देश्य के लिए प्रयोग किया जा सके। कौनसे भी उद्देश्य के लिए प्रयोग करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय का विरोध नहीं किया जा सकेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

अमेरिका के इलाक़ों में जंगल का निधान

रिवधनी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

in the matter.

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में किसी विधायक को संसद की सभाओं में भाग लेने के लिए कोई भी शर्त है, बल्कि कि इनके "कोटिशासन" के विधायक-विधायी काल के समय में "कोटिशासन" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कोटिशासन" द्वारा संसदन किसी भी विधायक को भाग लेने के लिए शर्तें नहीं लगाती हैं तो संसदन किसी भी संसदीय सभा या किसी अन्य संसदीय सभा में भाग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में संसद का यह है कि संसदन किसी भी संसदीय सभा या किसी अन्य संसदीय सभा में भाग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोटिशासन" से ही यह संसदन संसद विधायक को है। संसद का संसदन द्वारा ही यह संसद या किसी भी संसदीय सभा का भाग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में संसद का यह है कि संसदन किसी भी संसदीय सभा या किसी अन्य संसदीय सभा में भाग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Date of Surgery  
shows all values

19

20/02/19

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

आचार्य का नाम से इम्तहान से गुजि न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद इत्यादितो अभिलेखित कराय

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

अन्यत्रिक उपपत्तिं हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारतीय प्रमाणन

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

महर्षि हस्त्याक्षर २

*[Signature]*

Dr. Shroff's Eye Care Institute  
Administrator  
Authorized Signatory  
of Hospital  
Mathura