

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: S10419/07 (862/19)

APPLICATION DATE: 9/4/19

NAME of APPLICANT: Surender Kr Karna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chiridhari Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

N-570/23, Saurabh Vihar, Greater Noida.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Har Path Sahasrathan Dist. Mathura, Uttar Pradesh

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.50 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खात संख्या

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

Yes/No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	Suman	57	M	Son
2	Kunalan	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी 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
	Diag:- LE Cataract
	Surg:- LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी

- 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 KashiKa 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)

- 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 इलाखर या अंग्रेजी की छाप लगाकर, ये (आवेदक) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता है जब "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को स्वीकृत करता है कि गेट नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दूर, मानवतावा दूरों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और अवलम्बियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रशिक्षण करने के लिए अधिभूत है। ये प्रश्न का विवरण गेट इलाख के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिभूत है।
- 2) ये (आवेदक) इस बात से सम्मत हैं कि गेट नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण

Surendra Kumar kish

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करण)

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 अधिपति, हमाराही यही जोर से समर्थन/रखी को "अंधविश्वास पाठशाला" से विलीन छुड़ाना हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रंगी/वस्त्रों में लेंगे या तैयार करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से निपटारा किया है। उक्त के अन्तर्गत में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता मिलती अस्थिर/सकल हेतु बन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्थिरता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थिरता द्वितीय मंच उक्त रंगी/वस्त्रों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं होगा/लेगा।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लगे गए बहालवादी अंतर्गत विविध प्रवृत्ति को है। रंगी पर इस्तेमाल द्वारा दो गई सलाह पर बिजनेस उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रंगी के इस्तेमाल सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रंगी एवं इस्तेमाल को होगी और "कॉशिका" को कोई धाँसा या निर्माणवादी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्य के लिए संस्कार

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/04/19	(Dr RS)  Dr. R. S. Mehta (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सह स्टैम्प	Dr. V.P. Thakral  Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kirti Nagar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मुख्य चिकित्सक अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ती हस्ताक्षर 2
	