

C19/10/0318

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **C11019/0223**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **16.10.2019**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Mosam**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **59** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुण्य का नाम **Jamif**



Preop Postop  
Mosam 0223

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**Village - Madanpur, Post - Samaspur, Tehsil - Geraik, DIST - Saharanpur, Uttar Pradesh - 247120**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**as above**

OCCUPATION : व्यवसाय **Labour**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **54,000**

(Attach Proof of Income) (आय का सत्य प्रमाण) **NA**

PAN No. स्थायी खाता संख्या **NA**

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

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Rhishabh	52	F	Daughter
(2)	Ashish	28	M	Son
(3)	Mahesh	25	M	Son
(4)	Jashvi	20	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विधि का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
(1)	DIAGNOSIS - RE - TMSC LE - PP
(2)	Surgeonry - RE SICS F101

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा पत्र:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दूँगा, कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

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/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 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.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वाारा नामों, पता, सम्बन्ध आदि माध्यमों से मुझे सम्बन्धित और प्रचारित करने के लिये प्रयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग किए जा सकते हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वाारा उम्मीद की जा सकती है कि वे मेरी स्वीकृति और सम्मति के बिना नहीं कर सकते।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 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.

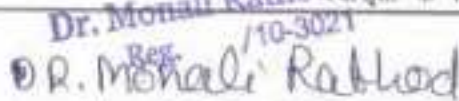
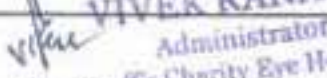
हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निराश्रयता से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

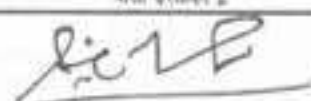
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा सकती है, उसका इस्तेमाल केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिए ही किया जा सकता है। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>16.10.2019</b>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 <b>VIVEK RANA</b> Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)**

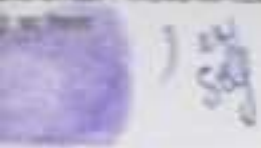
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भर रहा हूँ, बल्कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार)**

- 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/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 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.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, यात्रा/यात्रा हेतु प्रचारण से लूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त नहीं होना मेरे पैसे या काम से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये प्रेषित हैं अधिकृत हैं। मैं अपने सहायता के लिये प्रेषित होने वाले किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हूँ।

PLACE OF LEFT THUMB IMPRESSION



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

By affixing my signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we agree & accept following:

We presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are availing assistance from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted 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 agreement states that the hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. Assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital or the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will bear the responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जिसे मैं (हस्ताक्षर) निम्न प्रपत्र से प्राप्त कर सकूँगा।

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये प्रेषित हूँ, जो कि सहायता के लिये प्रेषित है। मैं अपने सहायता के लिये प्रेषित होने वाले किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हूँ।

Date of Surgery after all cost  
16.10.2019

Dr. Monali Rathod  
R. Monali Rathod  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प

VIVEK RANA  
Administrator  
Koshika's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
डॉक्टर व यात्रा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2