

mom-C-23-01-0251

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य सेवाएं)			 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M 0123 0001		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/01/23		
NAME of APPLICANT : अर्शक का नाम Chat anvi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Anibayyan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता M. Laxmi, Mohanpatti, Khera				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Mohanpatti, U.P. - 229804				
OCCUPATION : व्यवसाय Housewife				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 30000 (Family-)			MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)	
PAM No. स्थायी खाता संख्या			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
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 हाँ / 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 संबंध
1	Suraj	55	M	Son
2	Sanjay	52	M	Son
3	Anam	50	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विन्यास आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रि प्रमाण करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रि प्रमाण करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रि प्रमाण करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपक्षित पत्रों की प्रतिलिपि सूची प्रस्तुत करें			
1	Rx - SICI with IOP 24 mmHg			
2	Diagnosis - RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		
1	DRS	25000		



PASTE PHOTO HERE
bloop - postop

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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/revocation.
- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान या असत्य बयान दिया जाये तो मेरी आवेदन पत्र और सहायता, यदि कोई हो, खारिज हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न तो रकम की वापसी करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को मेरी जानकारी का उपयोग करके मेरी सहायता के लिए धन की मांग करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करने की अनुमति दी जा सकती है।

2) मैं (आवेदक) आगे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों की ओर से किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 engagement 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.

हमसे अधिष्ठाता, हस्तक्षेप की और से आपसे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यदि हमें अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी, तो हम इस सहायता को केवल कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की सहायता के लिए ही प्रयोग करेंगे। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम इस सहायता को अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए स्वतंत्र होंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता मिलने के बाद भी हमारे पास ही रहेगा कि हमें किस प्रकार की सहायता देनी है और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/23	Dr MAZHARU KHAN M.B.B.S., FICO UPMC Reg. No 78841 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टांप	Anurag Mishra M.B.B.S., FICO (Name of Authorized Signatory of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ भरोदार 2