

Mom-C-23-01-0242

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M 0123/0002		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/01/2023		
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम Ramuati		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहसुर का नाम Shri Ram				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Gram - Tejpur, Kumbhari, Dist - Pilibhit				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 26000/- (Twenty Six Thousand)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्पष्ट ज्ञात संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय आर आय कर दायी है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नित करें।) 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 सम्बन्ध
1	Shri Ram	40	M	Son
2	Rajeev	35	M	Son
3	Ratnam	32	M	Son
4	Sushila	30	F	Daughter
5	Ravi	25	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करना				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किवी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Rx - SCS with PAINA Card Diagnosis - RC - Sebilo Cataract LC - Sebilo Cataract			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
1	DSS		10000	

Koshika
foundation

Building block of life



PASTE PHOTO HERE

P200P - P200P

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा पर:

- 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 पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बता रखा है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो पूर्णतः या आंशिक या सफल दिशा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही राशि ले और न ही राशि से हटूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/advertise/produce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ साक्ष्य, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक, दूरदर्शन से जुड़े विभिन्नियों और व्यक्तियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्तक्षेप के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रार्थना है मुझे सहायता को प्रसारित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके कार्यक्रमों का निर्णय अंतिम और अप्रत्याप्य होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इस करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/assent for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept as follows:

- 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 advice 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामांकित को "कोशिका फाउंडेशन" में निहित सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने में तैयार हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को प्रारूप भेज दिया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त सहायता हेतु स्वीकार नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का निर्णय हमें सहायता स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु सहायता स्रोत सहायता स्रोत से सहायता प्राप्त करने का निर्णय हमें सहायता स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जो भी सहायता प्रदान किया जा रहा है। वेगों का सहायता प्रारूप से नहीं जाता या जिसे वे सहायता प्रदान कर चुकते हैं। यह सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" को किसी प्रकार का कोई हानि नहीं है। अंतिम सहायता में वेगों के लिये सुझाव और अन्य बातों को सभी विवेकपूर्ण तरीके से सहायता को जारी और "कोशिका" को कोई धुँसा या दिक्कत नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery आवेदक की तारीख 05/03/23	Dr MAZHAR KHAN MBBS, MSc UPMS (Name, Designation, No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम न हस्ताक्षर के बिना	Anurag Mishra Manager, Administration Dr. S. K. Singh (Name, Designation, No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम न हस्ताक्षर के बिना
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राची हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राची हस्ताक्षर 2
	