

MOA. C-23-01-0244

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य सहायता)	
APPLICATION No.: <u>M/012310004</u>			APPLICATION DATE: <u>05/01/2023</u>	
NAME of APPLICANT: <u>Mali</u>			AGE-YEARS आयु-वर्ष: <u>65</u>	SEX लिंग: <u>F</u>
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>Jalaram</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Rajim nagar, Ward 01, P. Ward</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>as above</u>				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>36000/- family</u>			(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>SWDI 241406</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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	Ramendra	40	M	Son
2	Ananya	38	M	Son
3	Ananya	35	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ति आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न की गई हैं			
1	Rx - eye with Pseudo lens card Diagnosis - RE - Severe Cataract LE - Severe Cataract			
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई सहायता राशि		
1	DRD	2000		

Koshika
foundation

Building block of life



PASTE PHOTO HERE

Recd - Post OP

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाला) 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 do hereby 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, seek of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurer/company, of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही सत्य हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आशय प्राप्त करने का अधिकार खो जा सकता है। 5) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है। 6) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग कर रहा हूँ और न ही भविष्य में माँगूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/publish/photocopy 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. 3) इस प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकें और/या अन्य माध्यमों से जानकारी प्रसारित कर सकें। इस प्रकार का प्रकाशित करने का अधिकार "कोशिका फाउंडेशन" को प्रदान किया जा रहा है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है। 5) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION - आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाला) By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this assistance 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से माँग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से माँग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में माँगा गया है कि सहायता प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना रोगी को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/01/23	Dr. MAZHAR N KHAN M.B.B.S. M.S. F.I.C.S. U.A.M.C. (U.A.M.C. Stamp) डॉक्टर का नाम और पता
Anurag Mishra Manager-Administration (As Dr. Shiroda's Authorized Signatory Hospital: Shiroda Hospital) मोहम्मद अमीन अमीन	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशीष कुमार	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशीष कुमार
	