




MOM- (23-01-2024)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 <b>Koshika</b> foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0005		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/01/2023		  PASTE PHOTO HERE Broop - Postcard	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Ramka		AGE-YEARS आयु-वर्ष 73	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम Sant Ram		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Tajpur, Jammu, India			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Dehat, Haridwar, UP-241406 or above			
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 24000 (family)		[Attach Proof of Income] (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. स्वतंत्र सहाय संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो वाक्य हो इस 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 से संबंध	
1	Rakesh	48	M	Son	
2	Prakash	48	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लेने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई राक्ष					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से नार्स की गई प्रविष्टि एवं सुचि संलग्न				
1	LE - SICS with Intra lens (impl)				
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 लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कई गई सहायता राशि	
1	DBCS			2000	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा करता:**

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई किरावा इस कथन आत्म सत्य सत्य है तो भी अज्ञात विवरण भी हो सकते हैं।
- 5) मैं इस प्रकार की "सहायता प्राप्त करने", जो मैंने या नहीं है, इसका उपयोग करे उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में कहा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कदापि हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का प्रतिशत या कबला किसी निजी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस स्वीकार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/communicate 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 resuming 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 स्वीकार पर आवेदक इसका या अपने को स्वयं सत्यापन, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो कारण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प ग्राहकों, चम, चलायमान कुरे उपकरण में पुत्री परिवर्तित और व्यक्तियों के लिये किसी भी प्रकार व्ययक्त हो सकता है जहाँ वे सार्वजनिक हैं। मैं स्वीकार करता हूँ कि इस प्रकार के प्रत्यक्ष को पहले या बाद में करने को हित "कोशिका फाउंडेशन" न नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि इस प्रकार के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतः; खासता को इसका नहीं करता। इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" एम्प इसकी स्वीकृति का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य हो होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (स्वीकार इस स्वीकार)**

- By affixing hereunder signature of our Authorised 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 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.
- इससे अधिकृत, स्वीकार्य को और से गारंटी/गारंटी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश करे जाती है, जिसे हम (स्वीकार्य) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गों में होने या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता विनि अतिरिक्त/कमाल हेतु नकारा जाते हैं कि यह बात है तो आवश्यक किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता होने या अधिकतर सुनिश्चित करना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि कसमसा सिफारिश नए कसम रोगी/मार्गों से किसी के सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं संभव होगी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता सहायता सिफारिश प्रस्तुति को है। ऐसा न हो सहायता इस में यदि सहायता या सिफारिश गये व्यक्त/व्यक्ति का सुत्रय रोगी एवं इसका सहायता को सहायता को सिफारिश को "कोशिका फाउंडेशन" इस किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इससे सहायता में रोगी को इसका सुत्रय और जहाँ जहाँ को जाती दिक्कतों रोगी एवं इसका सहायता को सहायता और "कोशिका" को कोई पुष्टि/सहायता इस प्रकार से नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकार्य को सिफारिश संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/03/20	Dr MAZHAR BUKHAN M.B.B.S. (POST GRAD) U P MCO (Regd. No. with Stamp) इसका या रोगी व स्वीकार्य में स्वीकार्य	Anurag Mishra Manager-Administration Official Designated & Signed of Authorised Signatory Hospital (स्वीकार्य के स्वीकार्य) आधिकारिक स्वीकार्य के स्वीकार्य अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहले ट्रस्टी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरा ट्रस्टी
	