

MOM-C-23-03-1778

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M/0423/0008	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/04/23	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mayci Devi	AGE-YEARS वय-वर्ष 70	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तुम का नाम:	Chhanga Lal		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्य स्थान जावासाय पता पट्ट ग्राम - Shankarpur, पट्ट बिहार Bihar, India, Kheni, Bihar, Uttar Pradesh - 262907			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावासाय पता Same as above			
OCCUPATION: जबरदस्ती:	Home Maker		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	32,000 (Family)		
PAN No. रजिस्टर नंबर:	✓ MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संतुष्टि)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विवाह संगति)			
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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाश आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प जगत कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	Diagnosis RE - Senile Catatact LE - Senile Catatact		
2.	Surgery LE SICS with Pmma lens Comp		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रकम	
1.	DPCS	₹ 2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये जनकारी के अनुकान सापेक्ष एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण इस काम का असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) ये द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये विद्या जारी, ये इस प्राप्ति में भए गए हैं।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विद्या सहायता इन्हीं यह प्रबंधन की गई है, उस तरीका का अधिकार या सकान विस्तृत अन्य योग्य/विद्येयतावालीय कामों से न तो लिया है और न ही विद्या में लैटा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अप्लिकेंट द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर लगाने हत्तेवाला या लगाने वाली छाप लगाकर, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारीरों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाति, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, दाय, वाचक्ता/व्या दृष्टि उद्देश्य से युक्त विविधताओं द्वारा उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रभार याप्त्यम से अवैधत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये द्वारा जो एहसान या बदल में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञानी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस बात से जहाँता हूं कि मेरा नाम, जाति, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित हैं युक्त मृष्ट सहत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानीरों का निर्णय अधिक और वापसीकरणीय होगा।

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

अप्लिकेंट को हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL** (अस्पताल द्वारा करना)

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 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.

हमां अधिकृत, हस्ताक्षरी वाले अंतर से यामलेन्होरी की "कोशिका फाउंडेशन" में दिया गया सहायता देते हुए विवरण योग्य है, जिसे हम (अस्पताल) विनाप्ति करने से आवश्यक व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को वर्तमान और न ही भवित्व में दिया गया सहायता किसी ऐसी सहायता संस्थान का विकले अवृत्त संकेत से उत्पन्न होनी या भौतिक रूप से लौंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से दिया गया विवरण उक्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया विवरण अधिकृत सहायता है युक्त मन्त्र नहीं किया जाता है कि अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या विद्या अन्य समाजपात्र से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उपर योगी यामले हेतु किसी नीं साकारी संस्था या विद्या अन्य समाजपात्र से नहीं लैना चाहती।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बाहर विविध प्रकृति को है। योगी पर अस्पताल द्वारा योगी सहायता या विद्या अन्य समाजपात्र का नुसार देती है कि अस्पताल के बाहर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार यह कोई उपलब्ध नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी के इसका मुख्य और अन्य जाने की सारी किम्बेहरी होती है कि अस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई योग्यता या विद्येयता इस यामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery जौरारेन की तारीख <i>15/09/2023</i>	<b>Dr MAZHAR N KHAN</b> M.B.B.S,M.S,M.C.S U.P.M.C (Signature of Dr. N. Bechiria with Stamp) इकाई का नाम व अस्पताल का नाम, न.	<b>Aburaj Mishra</b> Manager, Accounts & (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Hospital behalf of Hospital) प्रियजन सद अस्पताल ज्ञानीरों अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्ञानीरों हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्ञानीरों हस्ताक्षर 2 <i>Lic/B</i>
---	---