

mom-(23-01-0258)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य वंचनफल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0009		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 05/01/2023	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Shakuntla		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 40	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम Kulkarni			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Sri Purva Jambhi Patti Dehat Hardwar, D.P. - 243456			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता as above			
OCCUPATION: व्यवसाय Home Worker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 30000/- Family		(Attach Proof of Income) (आय का सत्य प्रमाण)	
PAN No. स्पष्ट करें			
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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Omey Ram	92	M
2	Kushu Devi	88	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Rx. SIC with Paracetamol		
2	Diagnosis Rx. - Senile Cataract		
	Tx - Senile Cataract		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि	
1	DBS	2000	



PASTE PHOTO HERE
Broop - Postop

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करना)

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य प्रमाण प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न कोई सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, उन्हें "कोशिका" एम्प, वेबसाइट, पत्र, या अन्य माध्यमों जैसे दूरदर्शन के माध्यम से मेरी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करके इसका उपयोग करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका के भरोदारों के द्वारा ही मुझे सहायता प्रदान की जा सकती है। इस मामले में "कोशिका" एम्प, वेबसाइट, पत्र, या अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएं थUMB प्रिंट

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of Hospital's 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 declaration essentially states that the Hospital will not avail any financial 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.

इससे अधिकृत, हमारा है कि और से समझते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निराश हो जाते हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) अन्य स्रोतों से सहायता नहीं ले रहे हैं।

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने भरोदारों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि कोशिका फाउंडेशन केवल वित्तीय सहायता से निराश हो जाते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउंडेशन और हमारे बीच की सहायता के आधार पर होता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने से निराश हो जाते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/01/23	Dr. MAZHAR KHAN M.B.B.S., F.I.C.C. UP & ES 2022 या 2023 का डॉक्टर का छाप	Anurag Mishra Manager-Administration (Name of the Authorized Signatory of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का छाप
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जारी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जारी हस्ताक्षर 2