

MOM-(-23-01-0309

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: M/012310010 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE 06/01/23	
NAME OF APPLICANT: Jaliya devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS 64	SEX F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Radheshyam पिता/पति का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: नवमान अवस्थित पता Amnawliya, Amnawliya Khari			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थित पता Mehamachi 262804			
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- family कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. उपलब्ध नहीं है			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):			
Yes / No हां / 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.	Rakesh	40	M
2.	Rajesh	20	M
3.	Chaitral	35	M
4.	Veenu	33	M
5.	Sumit	30	M
6.	Rinki	28	F
7.	Nidam	25	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
Son			
Son			
Son			
Son			
Son			
Daughter			
Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) सीबी रेखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रमाणपत्र/प्रीस्क्रिप्शन से जहाँ भी नई प्रमाणपत्र सूची संलग्न		
1.	SICK with Plasma Camp		
2.	Diagnosis - Re - Severe Cataract		
	IC - Severe Cataract		
ASSISTANCE BEING AVAILD 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 AVAILD कितनी राशि सहायता मिली	
1.	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रयोग 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/withdrawal.
- 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/s (any/insurance company, of the amount for which this assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय एवं कबल साबित प्रमाण प्रस्तुत है तो मैं स्वीकार करता हूँ कि गलत है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारंभ में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से मदद प्राप्त नहीं कर रहा हूँ, इस मदद को अतिरिक्त या समकालीन मदद किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन मदद से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान प्रयोग):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/republish on 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

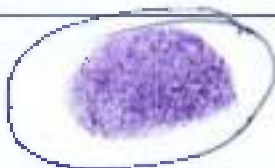
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारंभ पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदन) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को सशक्त करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और से विवरण इस प्रारंभ में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएचसी, दान, सावधानता इसके उद्देश्य से दूसरी घोषणाओं और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करूँगा कि इसका उपयोग करने के लिए या वह मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदन) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को जो इसका उपयोग के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतंत्र: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस अवसर पर "कोशिका" एनएचसी सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के आवेदन या बाईं हाथ का निशान

RT.

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान प्रयोग):**

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से गारंटी/सहमत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाता है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता साधन या किसी अन्य स्रोत से एक ही रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिशें उसी के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिशें हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान करने के लिए/प्रदान हेतु किसी भी रोगी/रोगी के साथ या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस से नहीं करता या जिसे गंभीर उपचार/उपचार का अनुभव रोगी एवं इसका रोगी का निमित्त है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज का इलाज से रोगी को इसका लाभ और जाने जाने को सभी निमित्त/सिफारिशें रोगी एवं इलाज को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery शल्यक्रिया की तिथि 06/01/23	Dr. MAZHAR KHAN M.B.B.S. FICO UPMC Regd. Medical Officer (हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ)	Anurag Mishra Manager-Administration Dr. SHAMSHAD KHAN (Stamp of Authorised Signatory Hospital) (हस्ताक्षर के साथ हस्ताक्षर अधिकारी)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाज 2