

MOM - C-23-01-0318

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE				
APPLICATION NO. : M/0123/0016		APPLYING DATE : 01/01/23		
NAME OF APPLICANT : <u>MATHI KESHAV</u>		AGE-YEARS AND-DAY : <u>67</u>	SEX : <u>M</u>	
FATHER/SPOUSE'S NAME : <u>RAMESH KESHAV</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>KALASIGU, KADDURUVA E. PARTI</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>KALASIGU, KADDURUVA E. PARTI, KENNEDY P-262800</u>				
OCCUPATION : <u>Retirement</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>120000</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (tick whichever is applicable): <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No				
FAMILY DETAILS (tick whichever is applicable):				
Sl. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	<u>KESHAV</u>	<u>67</u>	<u>M</u>	<u>Self</u>
2.	<u>SHARDA</u>	<u>62</u>	<u>F</u>	<u>Spouse</u>
3.	<u>MADHU</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (tick whichever is applicable):				
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach card copy)	<input type="checkbox"/> EMS Certificate (Attach certificate copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach card copy)	<input type="checkbox"/> Any Other	<input type="checkbox"/> BSNL Card
PURPOSE IN REQUESTING ASSISTANCE: <u>Medical Report/Prescription Attached</u>				
Sl. No. <u>1</u>				
<u>SICK WITH DM (DM)</u>				
<u>REGISTRATION - KC - SCHEMULE COASTAL</u>				
<u>LE - SCHEMULE COASTAL</u>				
Sl. No. <u>2</u>				
<u>AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AWARDED</u>				
<u>NAME OF OTHER SOURCE</u>				
<u>Sl. No. <u>1</u></u>				
<u>Sl. No. <u>2</u></u>				
<u>Sl. No. <u>3</u></u>				
<u>Sl. No. <u>4</u></u>				
<u>Sl. No. <u>5</u></u>				
<u>Sl. No. <u>6</u></u>				
<u>Sl. No. <u>7</u></u>				
<u>Sl. No. <u>8</u></u>				
<u>Sl. No. <u>9</u></u>				
<u>Sl. No. <u>10</u></u>				
<u>Sl. No. <u>11</u></u>				
<u>Sl. No. <u>12</u></u>				
<u>Sl. No. <u>13</u></u>				
<u>Sl. No. <u>14</u></u>				
<u>Sl. No. <u>15</u></u>				
<u>Sl. No. <u>16</u></u>				
<u>Sl. No. <u>17</u></u>				
<u>Sl. No. <u>18</u></u>				
<u>Sl. No. <u>19</u></u>				
<u>Sl. No. <u>20</u></u>				
<u>Sl. No. <u>21</u></u>				
<u>Sl. No. <u>22</u></u>				
<u>Sl. No. <u>23</u></u>				
<u>Sl. No. <u>24</u></u>				
<u>Sl. No. <u>25</u></u>				
<u>Sl. No. <u>26</u></u>				
<u>Sl. No. <u>27</u></u>				
<u>Sl. No. <u>28</u></u>				
<u>Sl. No. <u>29</u></u>				
<u>Sl. No. <u>30</u></u>				
<u>Sl. No. <u>31</u></u>				
<u>Sl. No. <u>32</u></u>				
<u>Sl. No. <u>33</u></u>				
<u>Sl. No. <u>34</u></u>				
<u>Sl. No. <u>35</u></u>				
<u>Sl. No. <u>36</u></u>				
<u>Sl. No. <u>37</u></u>				
<u>Sl. No. <u>38</u></u>				
<u>Sl. No. <u>39</u></u>				
<u>Sl. No. <u>40</u></u>				
<u>Sl. No. <u>41</u></u>				
<u>Sl. No. <u>42</u></u>				
<u>Sl. No. <u>43</u></u>				
<u>Sl. No. <u>44</u></u>				
<u>Sl. No. <u>45</u></u>				
<u>Sl. No. <u>46</u></u>				
<u>Sl. No. <u>47</u></u>				
<u>Sl. No. <u>48</u></u>				
<u>Sl. No. <u>49</u></u>				
<u>Sl. No. <u>50</u></u>				
<u>Sl. No. <u>51</u></u>				
<u>Sl. No. <u>52</u></u>				
<u>Sl. No. <u>53</u></u>				
<u>Sl. No. <u>54</u></u>				
<u>Sl. No. <u>55</u></u>				
<u>Sl. No. <u>56</u></u>				
<u>Sl. No. <u>57</u></u>				
<u>Sl. No. <u>58</u></u>				
<u>Sl. No. <u>59</u></u>				
<u>Sl. No. <u>60</u></u>				
<u>Sl. No. <u>61</u></u>				
<u>Sl. No. <u>62</u></u>				
<u>Sl. No. <u>63</u></u>				
<u>Sl. No. <u>64</u></u>				
<u>Sl. No. <u>65</u></u>				
<u>Sl. No. <u>66</u></u>				
<u>Sl. No. <u>67</u></u>				
<u>Sl. No. <u>68</u></u>				
<u>Sl. No. <u>69</u></u>				
<u>Sl. No. <u>70</u></u>				
<u>Sl. No. <u>71</u></u>				
<u>Sl. No. <u>72</u></u>				
<u>Sl. No. <u>73</u></u>				
<u>Sl. No. <u>74</u></u>				
<u>Sl. No. <u>75</u></u>				
<u>Sl. No. <u>76</u></u>				
<u>Sl. No. <u>77</u></u>				
<u>Sl. No. <u>78</u></u>				
<u>Sl. No. <u>79</u></u>				
<u>Sl. No. <u>80</u></u>				
<u>Sl. No. <u>81</u></u>				
<u>Sl. No. <u>82</u></u>				
<u>Sl. No. <u>83</u></u>				
<u>Sl. No. <u>84</u></u>				
<u>Sl. No. <u>85</u></u>				
<u>Sl. No. <u>86</u></u>				
<u>Sl. No. <u>87</u></u>				
<u>Sl. No. <u>88</u></u>				
<u>Sl. No. <u>89</u></u>				
<u>Sl. No. <u>90</u></u>				
<u>Sl. No. <u>91</u></u>				
<u>Sl. No. <u>92</u></u>				
<u>Sl. No. <u>93</u></u>				
<u>Sl. No. <u>94</u></u>				
<u>Sl. No. <u>95</u></u>				
<u>Sl. No. <u>96</u></u>				
<u>Sl. No. <u>97</u></u>				
<u>Sl. No. <u>98</u></u>				
<u>Sl. No. <u>99</u></u>				
<u>Sl. No. <u>100</u></u>				



Koshika Foundation

GROUP - PAPER

Sl. No. 1

Sl. No. 2

Sl. No. 3

Sl. No. 4

Sl. No. 5

Sl. No. 6

Sl. No. 7

Sl. No. 8

Sl. No. 9

Sl. No. 10

Sl. No. 11

Sl. No. 12

Sl. No. 13

Sl. No. 14

Sl. No. 15

Sl. No. 16

Sl. No. 17

Sl. No. 18

Sl. No. 19

Sl. No. 20

Sl. No. 21

Sl. No. 22

Sl. No. 23

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन दान करने वाला:

- 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.
  - 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.
  - 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 यहाँ पर सच है कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र की या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए ही किया जायेगा, जो इस फॉर्म में उक्त किया है।
- 3) मैं यहाँ पर सच है कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी भी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/photograph/record 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 shall be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ पर सच है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पता और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, या, भविष्य में होने वाले किसी भी प्रकार के प्रचार-प्रसार के लिए मेरी तस्वीरें को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि मैंने पहले या बाद में कभी भी किसी "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार नहीं है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को कि "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी को अधिकृत कर दिया जायेगा और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का बयान)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
  - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure and/or conducted by the Hospital on the patient is based on the engagement 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, इसका बयान करने वाले और मेरे अंगूठे का छाप "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने के लिए सिफारिश की जाती है। बिना दान (हस्ताक्षर) किए प्रत्येक से पूरा न होकर रहता है।
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता लेने का अधिकार है। यह सुनिश्चित करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार है। यह सुनिश्चित करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार है।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के चिकित्सा के लिए चयन करने का अधिकार है। चिकित्सा के चयन को प्रभावित नहीं किया जायेगा। चिकित्सा के चयन को प्रभावित नहीं किया जायेगा। चिकित्सा के चयन को प्रभावित नहीं किया जायेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/01/23	Dr MAZHAR ALI KHAN M.B.B.S.M.D. U.P.M.C.	Anurag Mishra Manager (Name of the Authorized Signatory of Hospital) Mohanlal Hospital
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी ट्रस्टी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी ट्रस्टी 2