MM-C-23-01-0473

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/0123/0031	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	09/01/23
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mange Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष	51
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Jeevan		

PASTE PHOTO HERE
Photo- Pasted

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Jaramano Ka Purwa Shahjahanpur
Jaykanpur, Uttar Pradesh, 242403
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer
	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	35,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. एपाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)	Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS फैमिली 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 सम्बंध
1.	Sadawati	45	F	Daughter
2.	Sajjabwati	13	F	Daughter
3.	Munni	11	F	Daughter
4.	Mechar	21	F	Daughter
5.	Vijay Pal	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यन्त आर्थ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	✓ Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

"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.	Diagnosis RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract
2.	(LE) SICS with PCIOL IPMC Camp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 राशि
1.	DEC's	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से माँगी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्ज किया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैंने आवेदन किया गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण रूपेण किसी अन्य संस्था/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देते हुए पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" फण्ड एकत्रित करने, या, सामान्यतः इससे सम्बन्धित गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे किसी भी प्रकार जानकारी देने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार के निष्पादन पूर्व अथवा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को यह भी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से आवेदित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 it's 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.

इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विदित उद्देश्य किसी भी सहायी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/प्रकरण में होने जा रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तपोषित/वित्तीय सहायता के संदर्भ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भाग हेतु कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा आंशिक वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मद्द उक्त रोगी/प्रकरण हेतु किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता उपचार विधि प्रस्तावित की है। रोगी पर उपचार हेतु दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पूर्णतः रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इसमें किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। सम्पूर्ण हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr MAZHAR N. KHAN M.B.B.S.,M.S.,F.I.C.S. U P [illegible] (Name & Signature with Stamp) डॉक्टर के हस्ताक्षर एवं मोहर	Anurag Mishra Manager Administration Dr. Sharda Charitable Hospital (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory) अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
09/01/23		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कार्यालय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2