

MOM - C-23-02-0465

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life.APPLICATION No.: M/0123/0034
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 09/02/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Ram beti
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 68
SEX लिंग FFATHER/SPOUSE'S NAME: Mangovind
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

C/o - Jagan Path, Jagan, Jagan - Pawar
Shah-nagar, Shah-nagar, Uttar Pradesh-242012

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

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. (आपका) (आपका)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर छल्ला का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
	Son/Vish	35	M	Son
	Rajesh	33	M	Son
	Rajni	31	F	Daughter
	Leela	30	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आमसाल/दवाखुर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Senile Cataract CG - Senile Cataract
2.	RE - SICS with Intra lens Camp

ASSISTANCE BEING AWAYED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीस गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAYED ले गई सहायता राशि
1.	DRCS	2000/-



PART II PHOTO HERE

Boop - Box of

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक इस घोषणा करे:

- 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 यहाँ पर कला है कि इस प्रश्न में मैंने गले पर यह विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन भ्राम्यक पाया जाता है तो मेरी प्रत्यक्ष निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता घोषित "कोशिका फाउंडेशन", से सौ या पूरी है, सहाय्य उपयोग करने केवल के पूर्ण के लिये किया जाता, जो इस प्रकार में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कला है कि मैंने सहाय्य के, यह प्रस्ताव की गई है, वह प्रति या भविष्य या भविष्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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-upon/propose 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 existing durations 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 resending 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति एवं पूर्ण अधिकार है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्तियों" को मैकेनिकल कला है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में शामिल है, उसे "कोशिका" प्रचार, प्रकाश, चम, वितरणक द्वारा वर्णन से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का नियंत्रण मेरे हस्तन के परते या भद्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो के सहाय्य के लक्ष्यों के संबंध में पूर्ण सच; सहाय्य का उपयोग नहीं करता। इस हस्ताक्षर में "कोशिका" प्रचार जाने त्रुस्तियों का निर्दिष्ट अधिकार और सम्पत्तियों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our/your/their Signatory for recommending this case/application 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/recommended 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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की और से नामलेखनी के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य के लिए सिफारिश को करती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से वक्त लेने/पाने में होने या रहेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्दिष्ट प्राप्त के समर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य निरिध अतिरिक्त/अवकाश हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहाय्य संस्था या किसी अन्य सहाय्य के सहयोग लेने या भविष्यक सुविधा प्राप्त है। इस दृष्टि में सत्य यह बात है कि अस्पताल किसी पर इस ऐसी-नकार के लिए किसी और प्रकार के प्रत्येक या किसी अन्य प्रकार में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में से जो मद सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या सहाय्यक द्वारा की गई प्रत्येक या लिये गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहाय्य के हमें के हस्ताक्षर और करने करने की सारी जिम्मेदारियों हमें एवं हस्ताक्षर की सारी और "कोशिका" की कोई पूर्णता या निर्णयही इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसृष्टि

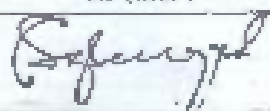
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/08/23	Dr MAZHAR M. KHAN M.B.B.S. M.S. FICO UPMC Reg No 78911 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिपे च	Anurag Mishra Manager-Administration Dr. Shreshth Mishra (Name of Hospital & Stamp of Hospital) हॉस्पिटल का नाम: कोशिका फाउंडेशन
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नमस्ते हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नमस्ते हस्ताक्षर 2

