

MOM-G-23-01-0462

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: <u>M/0123/0035</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>09/01/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Loung Shree</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>49</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Monsujah</u> पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Chhapra Chaudhary, Patna, Bihar, India</u> वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above</u> स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u> व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>30,000 (Family)</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. <u>XXXXXX1234</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो नमूनो में से सही का चिह्न लगाएं)				
FAMILY DETAILS: परिवार 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 सम्बन्ध
1.	Ram Nihal	45	M	
2.	Shubhal Chaudhary	32	M	
3.	Ramkishan	30	M	
4.	Ramkishan	28	M	
5.	Susmita	26	F	
6.	Susmita	24	F	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विनति आधार				
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य पत्र की कृपया प्रति 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 आमरोग/दवाखुरा से जुड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
1.	<u>Diagnosis: RE - Severe Cataract</u> <u>LC - Severe Cataract</u>			
2.	<u>RE - Severe Cataract</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED नी गई सहायता राशि		
1.	<u>DRCS</u>	<u>2,000</u>		

Koshika
foundation
Building block of life



PASTE PHOTO HERE

Group - Post-op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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/revocation.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य मदद प्राप्त याता है तो मेरी आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवगत रहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उनी लक्ष्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में बतल गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगामी भविष्य में कभी भी, इस राशि का आर्थिक या अन्य किसी अन्य स्रोत/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 its Trustees to use/publish/post-upload/produce 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, एवं, सम्बन्धित दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये निर्मित हैं। इसका प्रयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के पहले अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मुझे स्पष्ट, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने गतिविधियों का निर्माण और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


 RT.
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आगामी राशि को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्मित सहायता हेतु सिफारिश भी करते हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में निर्मित सहायता किसी और स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्मित आर्थिक/वैद्यक हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य और स्रोत/नियोक्ता/बीमा का निर्माण अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत स्थान है। इस दृष्टि में स्पष्ट बतल जाता है कि सहायता निर्मित मात्र इसका उपयोग हेतु निर्मित और प्रदान किया जा सकता है अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल निर्मित प्रकृति की है। हमारे या इलाज इस से प्राप्त करने या निर्मित गये नियोक्ता/बीमा का चुनाव मेरे एवं इलाज के बीच का निर्माण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वीकार नहीं है। इसलिए इलाज में मेरे को इलाज सुझा और अपने चर्चे की जाती निर्देशों मेरे एवं इलाज के बीच होती और "कोशिका" को कोई दृष्टि का निर्माण इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 03/03/23	Dr. MAHARAJ KHAN M.B.B.S U.P. Regn. No. with Stamp राज्य के चिकित्सक/डॉक्टर	Anurag Mishra Manager-Administration (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) आवश्यकता के अनुसार अधिकृत
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधिकृत हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधिकृत हस्ताक्षर 2
	