

matr-c-23-01-0076

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **M/0123/0040**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि **10/07/23**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम **Ishak**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **70** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्य का नाम **Gajjan Khan**



PASTE PHOTO HERE

Proof - Post OP

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता
Banshodra Kalan, Behgam, (Khera)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता
Banshodra Kalan, Uttar Pradesh 261501

OCCUPATION: व्यवसाय **Farmer**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय **36000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो पता हो उस पर छड़ी का चिह्न लगाएं): 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 | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध |
| 1 | Istiyak Khan | 34 | M | Son |
| 2 | Imtiyaz Khan | 32 | M | Son |
| 3 | Asif Khan Khan | 30 | M | Son |
| 4 | Beham | 28 | F | Daughter |
| 5 | Riswana | 26 | F | Daughter |
| 6 | Sahana | 24 | F | Daughter |

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आना पर (प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग आना पर (प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|--|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| 1 | Diagnosis: RC = senile cataract LE = senile cataract |
| 2 | LE - SFS with senile lens cataract |

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED की गई सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| 1 | DAAS | 20000/- |

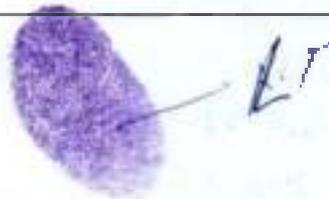
DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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/supplier/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं विवरण सत्य नहीं बताया गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सौदाग्री हूँ, कि प्राप्त सहायता को केवल उक्त ही उद्देश्य के लिए ही उपयोग, के लिए प्रयोग में लाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना किसी प्रकार के प्रत्याग की गई है, इस राशि का आश्रित या स्वतंत्र किसी अन्य स्रोत/सप्लायर/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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.
 - 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 स्वीकार के अंतर्गत आवेदनक को उक्त सहायता, में (आवेदनक) अपने स्वयं की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन के द्वारा संदर्भों में और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं अपने नाम, पता, फोटो का प्रयोग के अंतर्गत या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार "कोशिका" द्वारा मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रत्याग से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। इस स्वीकार के अंतर्गत आवेदनक को उक्त सहायता का उपयोग नहीं करना। इस स्वीकार में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्देश अग्रिम और अंतिम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार):

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

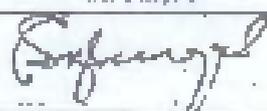
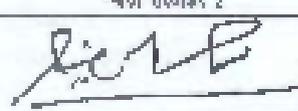
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not 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/cases from any other NGO or any other source.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आवेदनक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) कि हम (हस्ताक्षर) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता निम्न ही आवेदनक संलग्न या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करी/पान्ते में करेंगे या लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य स्रोत/सप्लायर/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में अन्य सहायता की कल्पना किसी प्रकार उक्त उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसी भी हस्तगत गंतव्य या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या लेने वाले हस्ताक्षर/हस्ताक्षर का द्वारा होने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर ने उक्त सहायता प्राप्त करने की सही निर्णय/सही एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई सहायता या सहायता इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए, संलग्नी

| | | |
|--|---|---|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/08/23 |  Dr MAZHAR KHAN M.B.B.S. M.D. (Gen. Med.) U.P.M.C. Reg. No. 240814 |  Anurag Mishra (Name of the Authorised Signatory of Hospital) Hospital/Institution/Institution Mohanmatar, Patna |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 आगे हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 आगे हस्ताक्षर 2 |
|  |  |