

matn-c-23-01-0076

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: <u>M/0123/0040</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>10/01/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Ishak</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS <u>70</u> आयु-वर्ष	SEX <u>M</u> लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Gajjan Khan</u> पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Burbehara Kalan, Behnam (Behnam), Punjab, India 141501</u> वर्तमान निवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Burbehara Kalan, Punjab, India 141501</u> स्थायी निवास पता				
OCCUPATION: <u>Farmer</u> व्यवसाय		MARRIED (Yes/No): <u>Yes</u> / UNMARRIED (Yes/No): <u>No</u>		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>36000/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. <u>XXXXXX1234</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो पन्ना हो उस पर छड़ी का चिह्न लगाएं):				
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 के साथ सम्बन्ध
1	Ishak Khan	70	M	Self
2	Gajjan Khan	72	M	Son
3	Gajjan Khan	30	M	Son
4	Behnam	28	F	Daughter
5	Rajwade	26	F	Daughter
6	Sahana	24	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अनुसार				
BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विधियों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	<u>Diagnosis: RC - Senior Cataract</u>			
2	<u>LE - Senior Cataract</u>			
3	<u>LE - SFS with Pseudo lens Cataract</u>			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है:				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की गई सहायता राशि		
1	<u>ABC</u>	<u>20000/-</u>		

Koshika
Foundation

Beating Stroke of Life



PASTE PHOTO HERE

Post OP - Post OP

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, केवल उपयोग के लिए ही होगी जो मैंने इस प्रारूप में लिख कर माँगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता के लिए या प्रत्येक की नहीं हूँ, इस प्रकार कि अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

1) 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.

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति के द्वारा सहमत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा पत्राचार, राशन, सामग्री वगैरह के द्वारा संविधानों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं अपने नाम प्रसारण में इसका जो प्रयोग या बख्श में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहायता में "कोशिका" द्वारा दिये गये व्ययों का निर्देश अधिकारी और कर्मचारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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/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.
- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आवेदनक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता निर्देश के अन्तर्गत अन्य या किसी अन्य स्रोत से वक़्त की आवश्यकता के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के साथ या "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता निर्देश अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य या अन्यथा सहायता या किसी अन्य सहायता के सहायता से न तो अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में अन्यथा कहा है कि अस्पताल किसी प्रकार उस रोगी/रोगियों के लिए किसी भी सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषा के लिए प्रदान की है। हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें सहायता/सहायता का चुनाव हमारे ही हस्ताक्षर के द्वारा या किसी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार या कोई सहायता नहीं है। इसलिए अस्पताल ने हमारे को इसका चुनाव नहीं करने करने की सही विनियमों के लिए एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई सुझाव या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संलग्नी

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/08/23	Dr MAZAH KHAN M.B.B.S. M.D. (ICD) UPMC Reg. No. 740811	Anurag Mishra (Name of the Authorised Signatory for Hospital) HOSPITAL Mishra Anurag Mishra
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आगे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आगे हस्ताक्षर 2