

mom-C-23-01-0527

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

M/0123/0042

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mohan Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Medai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vedagpur, Bahupuri (Khera) Uttar Pradesh
268802

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Group - Postop

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं जांचें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

नया और आय कर दायी है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न दें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Ram Ranti	34	F	Daughter
2	Rekha	32	F	Daughter
3	Ruby	30	F	Daughter
4	Sandeep Kumar	28	M	Son
5	Vipin	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गौरी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Card/Seal (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विवरण का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/दवाइयां से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Dryness - RC - Senior Cataract LE - Senior Cataract
2	LE - SFS with Pseudo lens cap

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि
1	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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/termination.
- 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 कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं कथन असत्य बात बताई है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना नहीं है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही पाने की कोशिश कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post/upload/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा सहयोग से कुछ अभियानों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग करके प्रसारित करने के लिए अधिकृत है; और मैं इस बात की स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरा नाम अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए दिये जा रहे हैं, सहायता का उपयोग नहीं करता। इस हस्ताक्षर में "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टरों और चिकित्सकों द्वारा उपयोग किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder signature of our Authorized 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 especially 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) ऐसा प्रस्ताव से अन्य किसी स्रोत से नहीं कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता मिलने के लिए हम किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता मिलने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में यह उल्लेख किया गया है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपर्युक्त उल्लेख के बिना, हमारे द्वारा उपचारित रोगी का उपचार, जो कि रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः हमारे द्वारा उपचारित रोगी की सुरक्षा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी नुकसान या क्षति हमारे द्वारा नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/01/23

Dr. N. KHAN
 Mr. Anurag Mishra
 Mr. Anurag Mishra
 Mr. Anurag Mishra

Anurag Mishra

Manager
 Head of Hospital
 Head of Hospital
 Head of Hospital
 Head of Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुराग मिश्रा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक 2