

mom-C-23-01-0080

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building lives of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0044-		APPLICATION DATE: आवेदन दिती 30/01/23			
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम Ram kishun		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम Shobha					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता Abanahpur, Bhulapur, Kheri, Bahadurpur.					
Uttar Pradesh 261501					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय Farmers				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 35,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. स्पष्ट खाली रखें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्येक को उस पर घटने का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS पारिवारिक 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 आर्य सम्बन्ध	
1	Jaykish	38	M	Son	
2	Ragu	36	M	Son	
3	Ramkish	34	M	Son	
4	Umesh	32	M	Son	
5	Ganga guli	30	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आता हूँ (उपार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग इलाज पत्र (उपार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असफल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया हकी संलग्न				
1	Diagnosis RC - Senile Cataract				
	LC - Senile Cataract				
2	LE - SCS with Pmms lens Comp				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु पहले अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो वह आसपास पसी			
1	GPSCS	10000/-			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले)

- 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 प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी आवश्यकता कितनी है या सकारात्मक है।
- 2) मैं इस पर सकारात्मक तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन" से सही जानकारी है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस प्रश्न में नहीं है, इस मदत का आर्थिक या स्वास्थ्य विवरण कितने अन्य स्रोत/सेवादाता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त रूप से, इसे "कोशिका" द्वारा, काले, सफेद, या अन्य माध्यम द्वारा प्रकाशित या अन्य माध्यमों के लिए कितने भी दूसरे माध्यमों से प्रकाशित करने में सक्षम हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे स्वास्थ्य के प्रश्नों या चर्चा में नहीं है, "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित हैं, उन्हें स्वतंत्र-सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा कर्मचारी/स्वास्थ्य सेवा के माध्यम से और स्वास्थ्य सेवा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this assistance 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 adopted/proposed 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 स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि मैं या मेरा संस्थान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता कितनी और कितनी सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे या हो सके है, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है/सिफारिश/सिफारिश हेतु सकारात्मक प्रतिक्रिया कितने अन्य है/सकारात्मक प्रतिक्रिया या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता द्वितीय भरण और रोगी/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संस्था या कितने अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर करने की यह सहायता या बिना इसे सहायता/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कितनी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में रोगी के स्वास्थ्य सुधार और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/08/23	Dr. MAHARAJ K. KHAN M.B.B.S, M.S, FICO Urbair Hospital, Raigarh, Chhattisgarh हस्ताक्षर का नाम या छाप/हस्ताक्षर करने वाले	Anurag Mishra Manager, Administration (Name of the person & Stamp of Authorised Signatory HOSPITAL/General of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले/हस्ताक्षर करने वाले
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 सह-हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सह-हस्ताक्षर 2