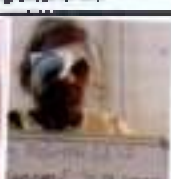


mom-1-23-01-0523

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य प्रारूप)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: M/0123/0046 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 10/07/23 आवेदन तिथि		   Pushpa Devi  Shri Krishan	
NAME of APPLICANT: Pushpa Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51 SEX लिंग: F			
FATHER/HUSBAND'S NAME: Shri Krishan पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता - Lathana, Khamanpur, Rathi, Shahjahanpur Uman Khasra, 53283					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				PASTE PHOTO HERE Photo Photo	
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: 25000 / Family कुल वार्षिक आय					
PAN No. स्वयं दाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही कर चिह्नित करें)				Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध	
1	Neesu Kamal	38	M	Son	
2	Punam devi	34	F	Daughter	
3	Rachna devi	32	F	Daughter	
4	Soni devi	20	F	Daughter	
5	Anupam devi	22	F	Daughter	
BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितने आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) वरपयोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"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 IG - Senile Cataract				
2	RE - SCS with Phoria lens Comp				
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 ली गई सहायता राशि	
1	MBCS			2000/-	

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं; यदि कोई झूठा बयान एवं गलत अवस्था पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सच एवं सही है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु, जो प्रपत्रों की राशि है, इस राशि का वापस या अन्य किसी निजी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न जो रकम है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकृति)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और भी विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, जैसे "कोशिका" द्वारा स्वतः, दान, सहायता प्राप्त, इत्यादि से लूते गतिविधियों और सहायताओं के लिये निजी या अन्य माध्यम से प्रकाश करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के रहते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या स्वतः अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सच। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाईं थंब का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

- 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.
- हमारी स्वीकृति, सहायता की और से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।
- 1) यह कि हम कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरीज/रोगी या किसी अन्य मामले से लाना रोजगार/बीमा से लेंगे या जो देंगे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद से लेंगे कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/प्रदान हेतु मरुत नहीं दिया जाता है तो हमारा किसी अन्य भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना रहा है कि सहायता वित्तिय मदद उस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता लेने का किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" के ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रक्रिया या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया पर चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इन्होंने हमारा में रोगी के हवाला सुझाव और जाने जाने की गति निर्णय/रोगी एवं हस्पताल को लाने और "कोशिका" को कोई दबाव या निर्णय/रोगी इस मामले में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/01/23	Dr. MAZHAR KHAN M.B.B.S., FICO U.S. AIR FORCE Surgeon, with Stamp प्रभु का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Anurag Mishra Manager, Administration (Authorized Signatory of Hospital) Mohammad Ali Jinnah Hospital अधिकृत
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2