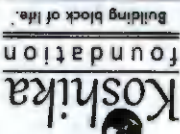


MOM-C-23-01-1025

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन पत्र (Healthcare) (सहाय्य हेतु आवेदन)		APPLICATION No. : M/0123/0000		आवेदन संख्या :	
NAME OF APPLICANT : Tasayun		आवेदनकर्ता का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष 43	
SEX लिंग M		पति/कन्या का नाम Mohammad Ghayoor		FATHER'S/SPOUSE'S NAME :	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS तासयून आवासीय पता Lakshya, Gautam, Ishant, Chawwa, Urban Road, 261507		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as above		OCCUPATION : Farmer	
TOTAL ANNUAL INCOME : 45000/-		वर्षाव वार्षिक आय		PAN No. ट्याई नंवा संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		हो या न हो (जो माफ हो उस पर सही को चिह्न लगाइ)	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण		St. No. क्रम संख्या		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	
Son		23		M	
Son		27		M	
Daughter		20		F	
Daughter		18		F	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)		BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे शामिल पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग शामिल पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
St. No. क्रम संख्या		Diagnosis आरोग्य		IC - Senior Category	
2.		IC - Senior Category		IC - Senior Category	
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो गैर सहायता पुरानी	
St. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो गैर सहायता पुरानी	



Koshika foundation
Building block of life.



DECLARATION BY APPLICANT: आर्द्रक द्वारा घोषणा पर: 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 rescission/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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी संशयना फ़िरदा की जा सकती है। 2) मैं इस प्रारूप में घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में सूचीबद्ध है। 3) मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो विवरण दे रहा हूँ और न ही प्राप्त करूँगा।		AGREEMENT BY APPLICANT (आर्द्रक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आर्द्रक) अपनी संशयना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आर्द्रकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकेगा और उसे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए किसी भी प्रकार माध्यम पर, फोटो, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकेगा और उसे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए उपयोग किया जा सकेगा। 2) मैं (आर्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण मैंने इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकेगा और उसे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए उपयोग किया जा सकेगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त जानकारी का निम्न अंगुठी और बायमेट्रिक प्रारूप में प्रसारित किया जा सकेगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : 			
AGREEMENT BY HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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. 3) हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/बीमा/मायने से दी जायेगी या न ही रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशाल उक्त के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की जायेगी तो अस्पताल के लिए मन्त्र नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य और सहायता सिफारिश या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मायने हेतु किसी और सहायता सिफारिश या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किन्हीं नई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आदर की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संकेतित			
Date of Surgery 12/01/23		Dr. MAZHARIN KHAN M.B.B.S. M.S. (Genl) U.P.M.S. (Genl) (Name of Surgeon, with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	
Anurag Mishra Manager-Administration Hospital on behalf of Hospital (Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा		FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आर्द्रक 1		SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आर्द्रक 2	