

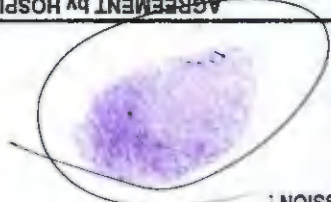
MOM-C-23-01-1229

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: M/0123/0104 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/01/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Ramvati आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Om Brakosh पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bijauli Shasput, Rheni, Uttar Pradesh, 262804				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Flame Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 42,000 (family) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)		Yes / No हां / 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.	Navleen	33	m	Son
2.	Dileep	30	m	Son
3.	Bradeep	28	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Small Cataract			
	LE - Small Cataract			
2.	RE SICS with Panna Lens Comp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	DBCS	10000/-		



PASTE PHOTO HERE

BcooP - Post op

DECLARATION BY APPLICANT: आर्द्रक द्वारा घोषणा है कि: (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.		AGREEMENT BY APPLICANT (आर्द्रक द्वारा कतु) (1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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.		APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: 		AGREEMENT BY HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कतु) 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विचारणा की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। (1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उपलब्ध होगी/प्राप्त होगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणा/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आर्थिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रसंग में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उपलब्ध होगी/प्राप्त होगी किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगी/प्राप्त होगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता कबल वित्तिय प्रकृति की है। वही पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या वित्तिय उपचार/प्रक्रिया का उद्देश्य वही पर हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल से वही के हस्ताक्षर/प्रक्रिया और आने वाले को सही विचारणा होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई सहायता या विचारणा इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		Date of Surgery आर्द्रक की तारीख 59/01/23		Dr. MAZHAR M. KHAN M.B.B.S, M.S, FICO U.P.M.S. & S.M.S. (Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा		Anurag Mishra Manager, Administration Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉ. व प्रशासनिक अधिकृत अधिकृत अधिकृत	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आर्द्रक ट्रस्टी 1		SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आर्द्रक ट्रस्टी 2			