

MOM-C-23-01-1337

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: M/0123/0112 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 20/01/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Raman Jahan आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Aboran Ali पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Jaseenpur, Amrit Nagar, Amrit Nagar, Kheri, Uttar Pradesh; 267804				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Home maker व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000 (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 लगायें)				
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.	Baqib	32	M	Son
2.	Hafiz uddeen	30	M	Son
3.	Mauluddin	28	M	Son
4.	Adil	26	M	Son
5.	Rehana	24	M	Daughter
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 - Simple Cataract LE - Simple Cataract			
2.	IC STCS with Primary lens cap			
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	21000/-		

Koshika
foundation
Building block of life.



PASTE PL

Bleed - Postop

1 1819 1812

2. संक्षेप

የደ ለገሰ ወንጌል

20 8/25

M. B. S. FICO
MAZHAR KHAN
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Sd/- Dr. M. B. S. FICO
11/11/2011

Anurag Mishra
Manager-Administration
District Hospital
(Name Designated as Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Mohanpur, District, Bihar

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

by attixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
 (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 it's 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.
 The assurance 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 प्राप्त है कि हम (इसपुल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्री से उसका योगी/मापद लेने का प्रयास किया जाएगा है जो अस्पताल से भिन्न/विविध/वर्गीकृत उक्त के समथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है यदि वहिके "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्वाह आर्थिक/सकल हेतु मन्त्र मन्त्र नहीं किया जाता है जो अस्पताल के भविष्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पॉइंट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योगी/मापद हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से नहीं लेगा/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से योगी से सहायता कबल निम्न प्रकृति की है। योगी पर इस्तेमाल हुए दो गद्दे खलाह या किसी गद्दे उपचार/प्रक्रिया का चुराव योगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में योगी को इस्तेमाल सुझाओ और आप जानें की सभी लिखित योगी एवं इस्तेमाल की होगी और "कोशिका" की कोई भीगैनांका या लिखावटी इस मामले में नहीं होगी।

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य सेवा संस्थान)

आवृत्त कं वृत्ताभ्यां च अर्धं च निमित्तं

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

"कारिका" एवम् तस्येति व्यासिष्यो का निर्णय आदिम और बाध्यकारी है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish 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 it's 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.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहाँ:

(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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी प्राप्तियाँ निरस्त की जा सकती हैं।

(2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में प्राप्त की गई सहायता, यदि प्राप्त की गई है, केवल निम्नलिखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग में लाना होगा।

(3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर भविष्य का आश्रित या संकल निरस्त किया जायेगा/निर्वाचक/बीमा कम्पनी से न ही निष्पन्न हो सकेगा।