

MOM-C-23-01-4433

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: M/0123/0119 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/01/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Nankhi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jodhi पिता/कटुम्भ का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Hindolna, Hindolna, Kheri, Bawalpur, Uttar Pradesh, 261506			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 39,000 (Soh) 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 लगाये।)			
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
1.	Ajay	30	M
2.	Reeta	28	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Soh			
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 - Senile Cataract		
	LC - Senile Cataract		
2.	RE SICS with Pmma 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	2,000/-	

DECLARATION BY APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यथा: 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस प्रारूप में घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाये हैं। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप को आवेदन करने के लिए अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT BY APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'आवेदकों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, या प्रसारण/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से किया जा सकता है, जिससे मेरी पहचान और उद्देश्यों के लिए कोशिका फाउंडेशन को सहायता हेतु मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग किया जा सके। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में कोशिका फाउंडेशन और उसके 'आवेदकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप 	
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. 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. 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 ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराश्रय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरीज से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निराश्रय आर्थिक/सकल हेतु मनाज नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और स्रोत/संस्था से सहायता या किसी अन्य स्रोत/संस्था से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर एवं रोगी के इलाज सुझा और बाद की सभी विवरणों रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इलाज नहीं है। इसलिए हस्पताल रोगी के इलाज सुझा और बाद की सभी विवरणों रोगी एवं हस्पताल की ओर से हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संकेतित	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/01/23	Dr MAZMAN N. KHAN M.B.B.S. M.S. FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर
Manager-Administration Anurag Mishra (Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory) हस्पताल पर सहायता के लिए अधिकृत अधिकारी	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आवेदक 2