

mom-C-23-01-1423

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: M/123/0126 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/01/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Ram Kumar आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Medai Lal पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Raypur, Kheri, Raipur, Uttar Pradesh, 262807				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 1		
TOTAL ANNUAL INCOME: 35,000/- 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.	Ram Ratan	30	M	Son
2.	Raminder	28	M	Son
3.	Asha	26	M	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ति 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 चिन्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
2.	RE SICS with Pinner lens Camp			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	DBCS	2000/-		



PASTE PHOTO HERE

Proof - Post-op

DECLARATION BY APPLICANT: आर्द्रक द्रुम धारण प्रः 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं द्रुम या सहायता धारण "कोशिका फाउंडेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच पाया गया है। 3) मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाणित है कि इस धारण का आर्द्रक या सकल निरस्त किया जा सकता है, उस धारण को धारण करने से न तो निर्यात से न ही परिवर्तन से होगा।	
AGREEMENT BY APPLICANT (आर्द्रक द्रुम कर्तु) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके-आर्द्रक" को अधिकृत करना है कि धर्म नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं यह प्रश्न का विवरण और उद्देश्य को धारण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृतता है। 2) मैं (आर्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि धर्म नाम, पता, फोटो और जो विवरण मैंने कोशिका फाउंडेशन को उद्देश्यों से प्रमाणित हैं प्रमाणित कर दिया है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके प्रसारण का निर्णय और विवरण को धारण करने के लिए अधिकृत कर दिया जाता है। इस संबंध में	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आर्द्रक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप 	
AGREEMENT BY HOSPITAL (हस्पताल द्रुम कर्तु) 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 ओर से मान्य/वैध को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराश्रय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठाया जा रहा है, बल्कि हमें यह कि अस्पताल वित्तीय मदद उठाएगी/मान्य करेगी किसी भी प्रकार से सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार से मदद करा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठाएगी/मान्य करेगी किसी भी प्रकार से सहायता सहायता हेतु कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकृत/सकल हेतु मजबूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल से सिफारिश/निर्णय उठाएगा के संबंध में किसी अन्य सहायता या किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार से मदद करा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठाएगी/मान्य करेगी किसी भी प्रकार से सहायता सहायता हेतु कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराश्रय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठाया जा रहा है, बल्कि हमें यह कि अस्पताल वित्तीय मदद उठाएगी/मान्य करेगी किसी भी प्रकार से सहायता सहायता हेतु कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकृत/सकल हेतु मजबूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल से सिफारिश/निर्णय उठाएगा के संबंध में किसी अन्य सहायता या किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार से मदद करा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठाएगी/मान्य करेगी किसी भी प्रकार से सहायता सहायता हेतु कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराश्रय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE हस्ताक्षर के लिए स्वीकृति	
DR MAZHAR N. KHAN M.B.B.S, FICO (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Anurag Mishra Manager, Hospital (Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आर्द्रक उपयोग हेतु	SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आर्द्रक हस्ताक्षर 1
SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आर्द्रक हस्ताक्षर 2	Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/01/23