

mom-G-23-02-0225

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: M/0223/0138
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 03/02/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Ram Rati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Haricharan
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vellamra Sunsi, Kheri, Del,

Chhar Pradesh, 202705

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 37,000/-
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):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)

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 सम्बंध
1.	Rajendra	35	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 - Senile Cataract
	LE - 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	2000/-

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 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 मैंने सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मैं सही सहायता निरस्त की जा सकती है। (2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही जान रहा हूँ, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच पाया है। (3) मैं यह प्रमाण दे रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस पर किसी भी आर्थिक या सकल निरस्त किया जा सकता है।	
AGREEMENT BY APPLICANT (आर्द्रक 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/publicity/put-up/produce 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 आंगूठ की छाप लगाकर, मैं (आर्द्रक) अपनी सहमति को ज्ञात कराना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्रार्थना' " को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उस "कोशिका" प्रश्न प्रार्थना, पता, यापन/यापन एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम पर, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उस "कोशिका" प्रश्न प्रार्थना, पता, यापन/यापन एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न प्रश्न का विवरण पर हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्रार्थना अधिकृत है। (2) मैं (आर्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थना है मुझे स्वर: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" प्रश्न उसका प्रार्थना का निर्णय और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आर्द्रक के हस्ताक्षर या आंगूठ 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. (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 मार्गदर्शिका की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। (1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त सहायता/सहायता से लेई है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणा/विचारणा उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आर्थिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त सहायता/सहायता हेतु किसी भी प्रकार से लेई है। (2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। यदि यह सहायता या किसी गैर उपाय/प्रक्रिया का चुनाव नहीं एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्ताक्षर या पंजी के हस्ताक्षर या पंजी के हस्ताक्षर या पंजी एवं हस्पताल की सीमा और "कोशिका" की कोई भी प्रकार या विचारणा इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संज्ञा	
Date of Surgery आर्द्रक की तारीख 07/12/22	DR. MAZLUM KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर या छाप के साथ डॉ. का नाम
Anurag Mishra (Name of Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर या छाप के साथ डॉ. का नाम	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 प्रार्थी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 प्रार्थी हस्ताक्षर 2