

MOM-C-23-02-0293

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: <u>M/0223/0145</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>04/02/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Brajesh</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>67</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Baburam</u> पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Khalsha, Kheri, Mayal Gah,</u> <u>Uttar Pradesh, 261505</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>Home maker</u> व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>30,000 (family)</u> 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	<u>Mahesh</u>	<u>30</u>	<u>M.</u>	<u>Son</u>
2.	<u>Sanvesh</u>	<u>28</u>	<u>M.</u>	<u>Son</u>
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.	<u>Diagnosis RE - Senile Cataract</u> <u>LE - Senile Cataract</u>			
2.	<u>LE SICS with Pmma lens Comp</u>			
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.	<u>DBCS</u>	<u>21000/-</u>		



SIGNATURE of TRUSTEE 2

1 151159 15112

2 ଅନ୍ତରାଳ 2

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Date of Surgery

DR MAZHAR N. KHAN
M.B.B.S.M.S.FICO
(Native of Dr. Begum No. 10 stamp)
19/12/2014 11:14 AM

Name, Designation & Signature of Authorised Signatory

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

By asking hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (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. (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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से प्राप्त/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहयोग हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हेतु (हस्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहयोग किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त योगी/मापने से लेने या वे रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्गत उक्त के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहयोग विनिर्गत आर्थिक/सकल हेतु मजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तान से सहयोग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रॉसे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योगी/मापने हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तान से सहयोग लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रॉसे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योगी/मापने हेतु किसी और योगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी सरकारी या निम्नकारी इस मामले में नहीं होगी।

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य संस्थान)

आवेक के इलाज के कदम

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

स प्रमाण करने के लिए आधिकारिक है। पर प्रथम का विवरण पर इलाक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व -याही आधिकारिक है।

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

for which assistance is being requested.

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 fulfillment of the "purpose".

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला व्यक्ति:

(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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी घोषणा निरस्त की जा सकती है।

(2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार का उद्देश्य "कार्यक्षेत्र का उद्देश्य", से होना चाहिए है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से प्राप्त होगा है।

(3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि किसी संस्था/व्यक्ति के द्वारा प्राप्त की गई है, उस पर आर्थिक या सहायक किसी किसी अन्य स्रोत/निर्माता/कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।