

MOM- C-23-02-0459

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: M/0223/0150
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 06/02/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Rajesh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता

Pipariya Bhagawan, Shahdahanpur, Uttar

Pradush, 242405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 38,000/-
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 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 सम्बन्ध
1.	Anmal	32	M	Son
2.	Sonu	28	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 Rt - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
2.	LE SICS with Pmms lens camp

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/-

SIGNATURE of TRUSTEE 2

பெரிய பிள்ளை

Date of Surgery
आपरा की तिथि
06/02/23

DR MAZHARU KHAN
M.B.B.S M.S. FICO
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
U.P.M.T. Regn. No. 10197

(Name, Designated & Signed Authorised Signatory)

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

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 डॉक्टर की ओर से मायें/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान रोगी न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी संस्थान/संस्था या किसी अन्य संजोत से उस रोगी/मायें में से लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय/वित्तिय उद्देश्य के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आर्थिक/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उस रोगी/मायें हेतु किसी भी संस्था या किसी अन्य संस्थान से लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता कबल वित्तिय मदद ही है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिन्हे या जिन्हे नई सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और रोगी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय प्रकाश का कोई प्रकार नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उदाहरण सुझाओ और आने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती हैं और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती हैं।

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य सेवा केंद्र)

आवक के हस्ताक्षर या अंगीरे का निशान

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

“कौशिक” एवम् उसके ज्योतिषियों का निर्णय अतिम और वाक्यकारी होता।

[illegible]

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 it's 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 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"

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये)

3) धर्म पूर्ण करता है कि जिस सहायता देते पर धर्म प्राप्ति का मार्ग है, उस राश का आशंक या सकल हिस्सा किसी अन्य साधन/निधायक/बोना कमानों से न तो लिया है और न ही धर्म म लेना।

2) मैं हूँ जो सहायता दूँ। "कोशिका का उद्देश्य", से ली जा रही है, उसका उद्देश्य उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जा रहा है, जो इस शब्द में था गया है।

for which this assistance is requested.

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 was requested by me.

2) I solemnly confirm that assistance

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.

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा