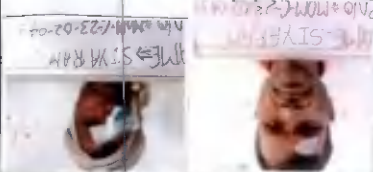


MOM-C-23-02-0433

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE																		
APPLICATION No. : M/0223/0551 आवेदन संख्या :		NAME OF APPLICANT : Siga Ram आवेदक का नाम :																
APPLICANT'S AGE-YEARS आग-वर्ष : 49 / . SEX लिंग : M		FATHER'S/S/SPOUSE'S NAME : Jitum! पिता/वधूय का नाम :																
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : House No. 99, Bidaun, Post, Budaun, Village - Bidaun, Shahjahanpur, Uttar Pradesh, 2242407 Same as above																		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above																		
OCCUPATION : Shop Keeper व्यवसाय :																		
TOTAL ANNUAL INCOME : 35,000 / . कुल वार्षिक आय :																		
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>आयु (वर्ष)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Jahndra</td> <td>30</td> <td>M</td> <td>आवेदक का बंधु</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Reau</td> <td>28</td> <td>F</td> <td>Daughter in law</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	आयु (वर्ष)	Gender	Relation with Applicant	1.	Jahndra	30	M	आवेदक का बंधु	2.	Reau	28	F	Daughter in law
Sr. No.	Name of Family Member	आयु (वर्ष)	Gender	Relation with Applicant														
1.	Jahndra	30	M	आवेदक का बंधु														
2.	Reau	28	F	Daughter in law														
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) <table border="1"> <thead> <tr> <th>BPL Card (Attach Card Copy)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</th> <th>Ration Card (Attach Copy)</th> <th>Any Other Basic/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>				BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof	☐	☐	☒	☐							
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof															
☐	☐	☒	☐															
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी एक को चिह्नित करें। Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि यहाँ संलग्न																		
Sr. No. 1. Diagnosis R.E. - Senile Cataract आयु/रोग/प्रतिफल से जारी की गई प्रतिलिपि यहाँ संलग्न																		
Sr. No. 2. RE STCS with Pmo lens Comp आयु/रोग/प्रतिफल से जारी की गई प्रतिलिपि यहाँ संलग्न																		
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से मिली है या नहीं?																		
Sr. No. 3. NAME of OTHER SOURCE RBCS अन्य स्त्रोत का नाम																		
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD 20000 / . कौन से सहायता मिली																		

Koshika foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Post-op post-op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/02/23	Dr MAZHAR HAN M.B.B.S UPMC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रजि. नं. 78941	Mishra Manager, Administration (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मानव संसाधन विभाग के अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2