

MOM-C-24-OS-1680

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	M/0524/0152	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 18/05/24	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Ramya	64	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम	Bhaiyalal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता Naya Gaon, Shahibag, Dehat, Hardoi up - 241124				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : अवासीय	Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	35000 - family		(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 माही का विश्वान सम्भव)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Himav Kumar	18	m	Son
2	Avnish Kumar	15	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनीती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप ड्रिंग संलग्न करें)	Bration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनीती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन संस्थी संलग्न			
1	Diagnosis RIF- Osteoarthritis			
	Dr- Osteoarthritis			
2	Surgery L18 लीस विच 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:** आवेदक द्वारा घोषणा करता है:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य या ज्ञाता है तो मेरी सहायता निस्त को जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता किसी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जारी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की चूंकि के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस परिणाम का आशिक या सकात दिसता किसी अन्य औत/नियोजक/चीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही अधिक्षम हो सकता है।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करता)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आवेदक द्वारा या अंगठे को लाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में पोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, राष्ट्र, धारणा/या दूसरे उद्दीपक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्त यात्रा में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इताब के पहले या बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहीन हैं मुझे स्वतः सहायता का उपयोग नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का नियंत्रण अंतिम और जानकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक को सहायता या अंगठे का लिखान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करता)

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:

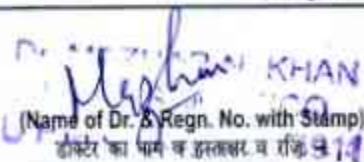
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 को ओर से भासले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य करीकार करते हैं।

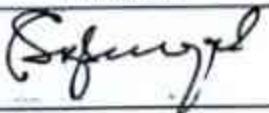
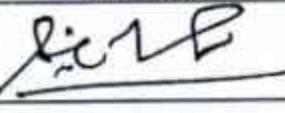
- 1) यह कि न तो चर्चामान और न ही अधिक्षम में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/भासले में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अंतिम/सकात हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वास्थ्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/भासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं लेगी/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से स्टी मई 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 विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इताब सुखा और आवेदन की जानी की विमेशीरी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवाहेशीरी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगूष्ठन की तारीख 16/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टकर का नाम का उत्तराल व रोक 914	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff & Charitable Hospital Sahadwara (Name, Designation & Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Mohammed Iqbal अपने नाम का उत्तराल व रोक 914
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--