

mom-C-23-01-0298

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: M/0223/0154 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 06/02/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Champa Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Godhan Lal पिता/कटुम्भ का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Sultanpur, Post - Purnanpur, Purnanpur, Philibhit, Uttar Pradesh - 282122			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: Home maker व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 32,000 (Family) 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 लगावे।)		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
1.	Priem Sagar	33	M
2.	Kapila devi	30	F
3.	Laksh	13	M
4.	Navya	10	F
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.	LE STCS with Pinner 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	7000/-	



DECLARATION by APPLICANT: आदेशक द्वारा घोषणा प्रतः (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 resection/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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण वाला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। (2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन", से कोी भी राशि नहीं ले रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जा रहा है, जो इस प्रश्नपत्र में प्रमाणित है। (3) मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नपत्र की जा रहा है, उस राशि का आर्थिक या सकारण किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से तो लिया है और न ही परिवार में से।		APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आदेशक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्ब	
AGREEMENT by APPLICANT (आदेशक 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/publicise/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" 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 प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आदेशक) अपनी सहायता की शर्तें करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके समर्थकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्नपत्र में शामिल हैं, उसे "कोशिका" प्रश्नपत्र, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं यह प्रश्नपत्र को विवरण में दान के लिये या दान के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व समर्थकों को अधिकृत है। (2) मैं (आदेशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल हैं मुझे स्वीकार्य नहीं होंगे। सहायता का हकदार नहीं बनाना। इस सहायता में "कोशिका" प्रश्नपत्र उसमें शामिल करने के लिये अधिकृत और स्वीकार्य होंगे।			
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 ओर से मामल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में दी जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तित उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णित आर्थिक/सकारण हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस शर्त से स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। (2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोी भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किसे यह सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और आने वाले को सही निर्णय रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संस्तुति			
Date of Surgery 06/12/22		(Name of Doctor, No. with Stamp) Dr. MAHESH K. KHAN	
(Name of Hospital & Address of Authorised Signatory) Anshu Hospital & Health Administration Mohanpur, District, Bihar, India		FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आशी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आशी हस्ताक्षर 2	