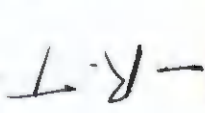
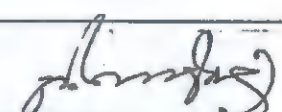
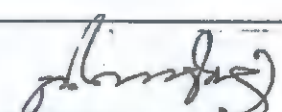


MOM-C-23-02-0590

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: M/0223/0163 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE 02/02/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Jamila आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 47	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jilani पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chandrapur, Munia Khera, Khera, Mudia Khera, Uttar Pradesh, 262201				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय			☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 33,000 (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 लगाये।)				
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.	Mehar	20	M	Son
2.	Seriaz	21	M	Son
3.	Junaid	29	M	Son
4.	Tufail	17	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, RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
2.	Surgery-RE SICs 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: आर्द्रक द्वारा घोषणा पर: (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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण वाला है तो मेरी सहभागिता निरस्त की जा सकती है। (2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन", से दी गई या नहीं है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रमाणित है। (3) मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहभागिता हेतु यह प्रमाण की गई है, उस प्रमाण की पूर्ति के लिए, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रमाणित है।		AGREEMENT by APPLICANT (आर्द्रक 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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आर्द्रक) अपनी सहभागिता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्राधिकारी" को अधिकार करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" प्रश्न-प्रणीत, दान, प्रचार/प्रसार हेतु उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारण में शामिल करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रश्न का विवरण में दिलाए गए प्रश्नों के उत्तरों को भरने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्राधिकारी अधिकृत हैं। (2) मैं (आर्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण जो कि सहभागिता के उद्देश्यों से शामिल हैं मुझे स्वतः सहभागिता का हकदार नहीं बनाता। इस प्रश्न में "कोशिका" प्रश्न उसका प्राधिकारी का निर्णय और वास्तविकता होगी।		APPLICANTS SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आर्द्रक के हस्ताक्षर या अंगूठी 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. Hence, 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 और से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहयोग हेतु विचारणा की जाती है, निम्न रूप (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। (1) यह कि मैं वो वरदान और वही परिवर्धन व वित्तिय सहयोग किसी भी प्रकार से मान्य या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त प्रोग्राम/प्रकार में नहीं कर रहा हूँ, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय/वित्तिय उक्त के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहयोग विनिर्दिष्ट आर्थिक/सकल हेतु प्रत्यक्ष नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहयोग देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त प्रोग्राम/प्रकार हेतु किसी भी प्रकार से नहीं करेगा या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी। (2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहयोग केवल वित्तिय प्रकृति की है। प्रोग्राम या विचारण में उक्त प्रोग्राम/प्रकार का चुनाव प्रोग्राम की एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में प्रोग्राम को स्वतः प्रोग्राम प्रोग्राम की एवं हस्पताल की स्वीकृति और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या विचारणा इस प्रमाणित में नहीं होगी।		RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संज्ञा 		Date of Surgery आर्द्रक की तारीख 07/02/23		Dr. M. S. FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. M. S. FICO		Dr. Anurag Mishra Manager-Administration (Name of Hospital & Authorised Signatory) Dr. Anurag Mishra		FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		SIGNATURE OF TRUSTEE 1 प्राधिकारी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE OF TRUSTEE 2 प्राधिकारी हस्ताक्षर 2 	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--