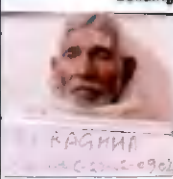


Mom - C-23-02-0893-0902

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: M/0223/0181 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/02/23 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: Ragha आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग m	PASTE PHOTO HERE Be of Post-op	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Dhanna पिता/कटुम्भ का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Ernam Barigawan Post Mahaliya Shivpur, Dhanna Hardai, Mahaliya, Shivpur, Uttar Pradesh, 241001					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: Labour व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- 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 लगायें।)					
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 सम्बंध	
1.	Punit	30	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 LE-SICS with Intra 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 refection/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 कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी संशयना निरस्त की जा सकती है। (2) मैं इस जो संशयना जारी "कोशिका फाउंडेशन", से जी जी रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में दया गया है। (3) मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि इस संशयना हेतु यह प्रमाण की गई है, उस प्राप्ति का आर्थिक या सफल निष्पत्ति किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से तो लिया है और न ही भविष्य में होगा।	
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/publish/post-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 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 is this regard will be final and acceptable to me. (1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आर्द्रक) अपनी संशयना की छाप करती हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्राप्ति" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, प्रचार/प्रचार हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम, पत्र, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अनिवार्य रूप से सीमित नहीं है, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, प्रचार/प्रचार हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रश्न का विवरण में दान के पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्ति अधिकृत है। (2) मैं (आर्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण मैं प्रमाणित कर रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य से ही प्रमाणित करेगी। इस संशयना का हस्ताक्षर करी प्रमाणित है। "कोशिका" द्वारा उसके प्राप्ति का निष्पत्ति और जानकारी होगी।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आर्द्रक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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. 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 मामले/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 भी संस्था/संस्थान या किसी अन्य स्रोत/संस्था से प्राप्त करने में स्पष्ट नहीं है कि संस्थान वित्तीय सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो संस्थान से सिफारिश/वित्तित उक्त के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त आर्थिक/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य संस्था/संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रॉसेस में स्पष्ट नहीं है कि संस्थान वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी संस्था/संस्थान से किसी अन्य सहायता या किसी भी सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गैर सहायता या किसे गैर उपचार/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 दाना प्रस्ताव और जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संज्ञा	
Date of Surgery 09/02/23	Dr. MAZHA KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Mazha Khan, 788 m
Manager, Administration Anurag Mishra (Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory)	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति हस्ताक्षर 2