

MOM-C-23-06-0772

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(व्यास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION NO.
आवेदन संख्या :

M10623/0224

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि 07/06/2023

NAME OF APPLICANT
आवेदक का नाम

Ram Shujee

AGE-YEARS वय-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्रीय का नाम

Ganga Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Cream Parchaperi Post Babu puri Ujjain, M.P.
33, Kewali Ujjain Pradesh - 262002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS मध्य प्रदेश आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
अवयवाची

Hawker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष लेना)

PAN No. स्टार्ट खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मैंने अपने जाय का दाता हूं (जो मात्र हो उस पर महो का विश्वान लागत)

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Dinesh	35 m	m	Son
2	Vipin	30	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये विनती आधार:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गोदावी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा याति संलग्न करें)	आल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा याति संलग्न करें)	उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा याति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता 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 RIE - senile cataract LIE - senile cataract
2	swelling LIE SICS with PMMA lens comp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से निया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई महायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा कोषः प्राप्ति:

- 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.
- 4) मैं अपने कानून हूं कि मैं इस लिए सभी विवरण यही जलवायी के अनुसार सख्त रख सकती है। यदि कोई विवरण इस कानून अनुसार नहीं जाता है तो मैं उसका निराकार की तरह मानती हूं।
- 5) मैं जानता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" में मैं जाता हूं, उसका उपर्युक्त यही उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवरण जाता है, जो इस कानून द्वारा भरा गया है।
- 6) मैं अपने कानून हूं कि मैं इस जलवायी का उपर्युक्त यही उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवरण जाता है, जो इस कानून द्वारा भरा गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 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.
- 3) इस एक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की साथ जागता, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके यासीनों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, ठाना, फोटो और यह विवरण इस उपर्युक्त में पौरीत है, ताकि "कोशिका" एवं नामी, ठान, जागता/जाता एवं उपर्युक्त से चुदी गतिविधियों-और उपलब्धियों के लिये विवरण भी प्रसार याप्त या प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विवरण यही जलवायी के उपर्युक्त से उद्देश्य में पूर्ण रूप से उपलब्ध नहीं जाता। इस उपर्युक्त में "कोशिका" एवं उपर्युक्त यासीनों का विवरण अनिवार्य है। जागता/जाता है।
- 4) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से लक्ष्यता हूं कि मेरा नाम, ठान, फोटो और विवरण जो कि जलवायी के उद्देश्य में पूर्ण रूप से उपलब्ध नहीं जाता। इस उपर्युक्त में "कोशिका" एवं उपर्युक्त यासीनों का विवरण अनिवार्य है। जागता/जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट की हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

-RT

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल कराया)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से आपसे/उपर्युक्त को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध जलवायी हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उपकार में याचन के स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो अपना और न तो अपने लिए जलवायी विवरण ऐसी रूप से जालवायी संस्थान या विवरण अन्य रूप से उक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवाहित/विविहित उपकार के ग्राहक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होने के लिए विवरण अन्य या उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रही हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जलवायी विवरण अधिकारी/सकाल हेतु ग्राहक नहीं जिसका जाता है तो अपनामें विवरण अन्य या उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रही हैं। यदि अपनामें विवरण अन्य या उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रही हैं। यदि अपनामें विवरण अन्य या उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रही हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं यह जलवायी कोयल विविध प्रकृति की है। योगी पर हस्पताल द्वारा ही यह जलवायी का विवरण अन्य या उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में सौंधे या संहेद्री हो रही है। इसलिए हस्पताल में योगी के उपचार सुरक्षा और जाने की सही जिम्मेदारी योगी पर हस्पताल की होगी और "कोशिका" को उपर्युक्त योगी/योग्यताएं में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अपेंशन की तारीख 01/06/2023	Dr. MAZHAR NAKHAN M.B.B.S.M.S.P.C.O U.P.M.C Regd No. 89 (Name of Dr. & Date, No. with Stamp)	Anurag Mishra Manager-Administration Dr. Shanti's Charitable Hospital Mohanlal Bhawan गोपनीय डॉ. मोहनलाल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनावृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2