

MOM - C-21-09 - 2969

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : अप्लान नंबर :	M/1021/0242	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	01/01/2024	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Kamla	AGE-YEARS आयु-वर्ष	66	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कनूपी का नाम	Bhangali	SEX लिंग	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Parichha, Kalmahar, Kheri, Kalmahar.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता		
U.P - 261505		as above		
OCCUPATION : जबरदस्ती	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	22000/- family	(Attach Proof of Income/P) (आप का सहाय्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हो (जो भान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)				
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	Ram Kumar	41/3	M	Son
2	Shyam Bihari	40	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहाय्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाने वाली का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis	RE - Total Severe Cataract	LE - Total Severe Cataract	
2	Surgery	Rs. 5150/- (40% e)		
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 ही गई सहायता राशि	
1	OBC		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 प्रारूप पे दिये गये सभी विवरण ये हो जननकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। परि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो ये ही सहायता निम्न अंक का सकारा है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता दिए "कोशिका आवंडेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भी दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and name)

- 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.

- 1) इस प्रपत या अपने हस्ताक्षर वा अंगठे जैसी छप लगाकर, मैं (अधिकारी) अपनी सहमति की पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका काउंटरलेन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रपत में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, याचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी नियमितियों और उपलब्धियों के लिये कियी भी प्रशंसन मान्यता देता है।
- 2) मैं (अधिकारी) इस बता से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्दीरणों से प्राप्ति हैं युक्त स्वतः सहायता का डक्यार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अलिम और बाह्यकारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगेकर के हस्ताभा या औपचारिक शिल्प

AGREEMENT by HOSPITAL (संमति द्वारा अस्पताल)

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.

इसमें अधिकांश लक्षणों की ओर से सम्बन्धित होते "लैटेनिंग फार्मान्जेशन" से विविध व्यापक देव विवरण एवं व्यापक वैज्ञानिक विवरण देखा जाता है। इसे अब (व्यापक) विवरण में लक्षण व व्यापक व्यापक वैज्ञानिक विवरण कहते हैं।

- १) यह कि व तो अर्थात् और न ही अविष्ट वें वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थैतिक से उक्त गोपीयामते वें लोग या ले ये है, जैसे कि हथ्ये "कोशिका फारन्डेशन" में सिपाहीयवित्ति उक्त के साथप में "कोशिका फारन्डेशन" द्वारा मरण हेतु किया है। पर्दि "कोशिका फारन्डेशन" द्वारा महायामा विनति आविक्षक स्थैतिक से उक्त मन्त्रु जड़ी किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से महायामा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता हितीय मरण उक्त एवं पापले हेतु कियो गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थैतिक से लाभ लेने से।

२. "कोशिका फालन्देशन" से ली गई सहायता केरल विधि प्रकृति की है। गोरी पर हमस्तान द्वारा दी गई समझ या किये गये उपचार/अक्रिया का चुनब गोरी एवं हमस्तान के बीच का विषय है और "कोशिका फालन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य दबाव नहीं है। इसलिये हमस्तान में गोरी के हताह मुद्दा और जाने जाने की सभी विषेशताएँ गोरी एवं हमस्तान की होतीं और "कोशिका" को कोई भाष्यका या विभेदाती हस्त मानने में नहीं होतीं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery

01 | 0 | 2024

Dr MAZHAR N KHAN
M.B.B.S.M.S.FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
78911

Anurag Misra
Assistant Manager-Administration
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr.Shroff's Chhatrapati Hospital
Sahdevpur, Varanasi, Uttar Pradesh, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आलीक त्रिवेदी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ટ્રસ્ટી એક્સ્ટ્રાઇ |

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safaryl

१८६० दिसेंबर २