

MAM - G-24-07 - 0228

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

M/0724/0329

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/07/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Tejana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

74

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Teji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village Kaimipurwa part - Phool Behari Phool

Behari Kheri, Kheri Lalchimbar, Uttar Pradesh - 22701

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



TO

TETANA

MAM - G-24-07-0228

Tejana

Tejana

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

3,000 (family)

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट ज्ञाता 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 लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	Shiv Prasad	40	M	Son
2.	Munna Lal	45	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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	Diagnosis	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis	R/E - Senile Cataract
		R/E - Senile Cataract
2	Surgery	LE eyes with pmmg lens comp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी
1	DBS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये गए कथन)

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पूरा किया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार का भुगतान प्राप्त कर रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एग्यु न्यूज, पत्र, साप्ताहिक दूसरे वर्णमाला से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के महल या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रसारित है। मेरे नाम, सहायता का इलाज नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एग्यु उसके गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप)



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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:
- 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 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 भगवत/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमारे पास से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के कारण मैं "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अधिकांश/पूर्ण हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस कथन में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी।
 - "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता वित्तित निर्णय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। अतः वित्तित हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अलग बंद की जाये, जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस प्रपत्र में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकार्य के लिए अनुमति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/07/2023	Dr. MAZHAR N. KHAN Dr. P. S. FICO UPMC Reg No 78911	Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Mohammadi Khan
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--