

Mom-C-21-10-1252

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

अर्पित संख्या:

M/1121/0333

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/11/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Choto Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुण्य का नाम

Chabba

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anjnapur Gharat No-10, Bhera

Bankeganj P.O. 262802

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

38000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खास संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्येक 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 सम्बंध
	Santosh	46	M	Son
	Radhey Shyam	43	M	Son
	Ram Prasad	40	M	Son
	Chitra pal	38	M	Son
	Atam prakash	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 + IOL + IOL Care

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: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यथा का आंशिक या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पू. न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि संस्थाओं के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पू. उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयुर्वेदक में हस्तक्षार या अंगुले का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इससे अधिकतर, इसकाफरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संघीय और न ही स्थिति में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त रोगी/पाषाण में लेने या ले जाने है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफरिड/विनिर्गत उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है; यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत अधिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो असफल किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस चर्चा में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पाषाण हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेा गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है; रोगी का हस्तगत द्वारा भी गई सहायता का किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच बराबर विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की खरी निर्माहारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

यजीकती के लिए संस्तति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/11/2021		Dr. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S, M.S, FICO (Name of Dr. & Regtr. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.		Anurag Misra Assistant Manager, Administration (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) सह. प्रबन्धक, प्रशासन अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
					