

mom - 6-24-07-0106

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : M/0724/0342 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 09/04/24 आवेदन तिथि :	
NAME of APPLICANT : Bhagvan Deen आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 68 अनु-वय :	SEX : M लिंग :
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Anurag Prasad पिता/हस्तु का नाम :		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Dhingawan, Razgarh, Kham, Uttar Pradesh - 262706 वर्तमान आवासीय पता :		PASTE HERE	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as Above स्थायी आवासीय पता :		PASTE HERE	
OCCUPATION : Labourer व्यवसाय :	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 27000 कुल वार्षिक आय :	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. : [Blank] संलग्न संख्या :			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित 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 चिकित्सीय उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis R/E Senile Cataract L/E Senile Cataract		
2	Surgery L/E Sica With Pmma Lens Impl.		
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 लौ गई सहायता राशी
1	DBS		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) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता, यदि प्राप्त की जाएगी, केवल इस प्रारूप में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस राशि के लिए कोई भी भुगतान/पैसे की मांग नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथार)

- 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 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 प्रश्न पर अपने इलाक़ या अंग्रेज़ी 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 जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ को पढ़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोचित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इरादों का अंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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. In the event 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिपत, हमसफरी को और से मामले/दोषों को "कोशिका फाटनेशन" से विधित्य सहायता: हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसफरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पवित्र में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए होगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, बरों कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आशिक/मकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अम्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। उस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अम्पताल द्वितीय मदद उक्त होगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। होगी पर अम्पताल द्वारा दी गई सहाय या वित्तिय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनब होगी एवं अम्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायब नहीं है। इसलिए अम्पताल में होगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं अम्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुरिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रखीकसी के लिए सम्वृति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तरीका

Dr. MAZHAR U KHAN

OF MRZ VARYING IN LENGTH
MAY BE SUBMITTED

M. B. G. S. FICO
(Name of the person who has signed the report)

U P M C REG NO 1001

Dr. Snroff's Charly Eye
Mohammad Ali

Amadi-Khai

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायः इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमी हस्ताक्षर २