

MOM - T-24-07-0050

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखांगल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION NO.: M1072410359

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE

आवेदन मिति

15/07/24

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Phoolmati

AGE-YEARS उमेर-वर्ष

SEX लिंग

47

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कपुत का नाम

Lalatam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कोमान आबासीय पता

Bilaspur, Godapur, Goragaiya, Tatkari,

Shahjahanpur, Gorakhpur, Uttar Pradesh, 24-2001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आबासीय पता

Same as above



NAME: PHOOLMATI

MRN: MM-14-07-24050

OTO HERE

Bilaspur Post

OCCUPATION

जनसेवा

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000 (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साझे सलाह)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Sachin	23	M	Son
②	Hargenna	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गर्भीय रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संतुलन करें)	अत्यं आव वाई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संतुलन करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संतुलन करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता के लिये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायल/डाक्टर से जीरी की गई इतिवारन सभी सलाह
①	Diagnosis RLE LVE
	Senile cataract Senile cataract

③ Surgery RLE SICS with Pmma Lens Camp

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

St. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लो. गई सहायता राशि
①	PBTS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा भवतः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिए गए वर्चों विवरण यही जानकारी के अनुसार उत्तम प्रयत्न से होते हैं। परं कोई विवरण एवं कार्य अलग्य यादा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) अप्रैल तुम्हे को सहायता दिया "कोशिका फाउंडेशन" के लिए की गई है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में घट गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूं कि विलम्बिता द्वारा यह उद्देश्य को गई है, उस लिए का आशंका या नकल निम्न किसी भव्य ग्राहकियतेको जोखा करने के लिए है और न ही घोषणा में लौगिता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा लिखा)

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी मध्यमी की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके सहायता" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, उम्र, जातीजनका दूसरे उद्देश्य में उचित विवरण या उपयोग के लिए किसी भी प्रयात्र वापसी से प्राप्ति करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया जायेगा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो जिम्मेदारी के उद्देश्यों से ग्राहित है जूँगे तभी सहायता द्वारा उपलब्ध नहीं जाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके सहायता का नियम, विधिय और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का लिखन

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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 अधिकृत, हस्पताल को और से मामलेरों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देते छिक्कोंता की आती है, जिसे हम (हस्पताल) अपने प्रकार से ग्राह्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि वे जो वर्धमान और कठोर रूप से विविध सहायता किसी गैर स्वाक्षरी संस्थान या जैविक अवृत्ति से डका रुग्णोंमाले में जी तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विरक्तिशाविनिहत डका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर ड्रेट देता है। वर्ति "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ती व्यविधान/सकाल है तो अस्पताल किसी अन्य गैर स्वाक्षरी संस्थान या किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा संस्थान से नहीं लेगा/लेंगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में दो गैर स्वाक्षरी कंवल विविध उद्देश्य के लिए दो गैर स्वाक्षरी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपकार या कोई प्रयोग नहीं है। इसलिए हमारा में दोनों के इन्हाँ द्वारा और आपने जाने की सारी जिम्मेदारी दोनों एवं हस्पताल की हैं। और "कोशिका" को कोई चुनौता या विशेषज्ञता इस सम्बन्ध में नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वाक्षरी के लिए संतुष्टि

Date of Surgery जांचेशन की तारीख <i>15/07/2021</i>	Dr MAZHAR N. KHAN M.B.B.S M.S F.I.C.O. U.P.M.C Reg No. 78911 डॉक्टर के नाम व हस्पताल में राज. न.	Deepak T. Patil Administrator Dr. Shroff's-Charity Eye Hospital Sahadavi Mohammadi-Kheri जिला व प्रदेशीय अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम उल्लंघन।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम उल्लंघन 2