

MOM-C-23-03-2639

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: M/0323/0379 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/03/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Grehda Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 74	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Laxman पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kunwarpur Mafi, Ahmed Nagan, Ahmed Nagan, Kheri, Uttar Pradesh, 262802			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: home maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000 (family) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता 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 लगावें)			
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
1.	Hanish	30	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियत आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 - Senior Cataract LE - Senior Cataract		
2.	Surgery LE STCS with Pmba left eye.		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
1.	MBCS	2000/-	



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 चेष्टणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण परी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य साबित जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यानि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यानि का आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोड/निर्माता/व्यक्ति/कम्पनी में न तो दिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में दीये गये हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवश्यक हैं इसलिए यह आंटे का निम्न



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, इन्टरनेट की ओर से सफल/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सकारित की जाती है, जिसे हम (उम्मतल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कोशिका सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संज्ञित से उचित रोगी/मायले में लगे या तो खड़े है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिष्ठ ठहल से सम्भव न "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। परि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिष्ठ अधिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाण है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्त्र उचित रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमला करने वाले रोगी की सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लान्ट के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संनति

ऑपरेशंस की गारंटी

25/03/23

Reg. No. 78011

डॉक्टर का नाम व इस्ताखर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
HOSPITAL (Name of Hospital)

निर्देशक: श्री. अ. वि. शर्मा

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

न्यासी हस्तधर २

Sc 28