

MOM-C-23-02-2368

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : M10323/0414 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 29/03/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : Maya Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 73	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Maiku पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता gram. Siyathu 2 Siyathu, Chetti Siyathu, Uttar Pradesh, 262207				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 34,000 (family) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य 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 लगायें)				
Yes / No हाँ / 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.	Shri Chander	32	M	Son
2.	Shreeta Devi	29	F	Daughter-in-law
3.	Ranjana K	18	M	Grand - Daughter
4.	Krishna	8	F	Grand - Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती 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 R/L Senile Cataract LE - Senile Cataract			
2.	Surgery LE SICS with Phaco 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 ली गई सहायता राशि		
1.	DBCS	2000/-		



Photo of Post of

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 सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञात प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता गिरफ्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यति "कोशिका प्रसन्नोत्तर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यति का अधिकांश या समस्त विरस किसी अन्य खोत/विशेषज्ञ/जीमा कम्पनी से न ले लिया 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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनाल या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने से लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करण के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદનકર્તાની સહાયતાનાર નામ અંગત છે એમ નિર્ધારન

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 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.

हमारे अधिकृत, इलाहाबादी की ओर से मामले/पैगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसाधन और न ही क्षमिष में किषिष सहायस किषी रैर सरकारी संस्यन या किषी अन्य संस्यन से उसस रोगी/मामस में लेंगे या ले रहें हैं, जैसी कि इपने "कोषिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किषिष उसस के संस्यध में "कोषिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोषिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायस किषिष अकिषिक/सकल हेतु मन्सुर नही किषा जाता है तो अन्यसल किषी अन्य रैर सरकारी संस्यन या किषी अन्य संस्यन से सहायस लेने का अधिकार सुकिषि रसलत है। इम धृषि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यसल द्विषिष मरदर उसस रोगी/मामस हेतु किषी रैर सरकारी संस्यन या किषी अन्य साधन से नही लेण/लेगी।
2. "कोषिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायस कोषल किषिष प्रकुषि की है। लेी पर इमसल द्वारा लेी गई सहायस या किने मने उषसल/प्रकिषस का धुषाष रोगी एवं इमसल के रोष का विषय है और "कोषिका फाउन्डेशन" द्वारा किषी प्रकार का कोई रनाष नही है। इमसिषे इमसल में रोगी के इलाष सुसल और अने कने की सरी किम्येदारी लेी एवं इमसल की डोरी और "कोषिका" की कोई सुमिका या किम्येदारी इम मसले में नही होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/03/23	Dr. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S, M.S, F.I.C.S. U.M.C Reg. No. 78911	Signature of Authorised Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) प्रमाणित अधिकारी का नाम, पद और अंकित Dr. MAZHAR N. KHAN Manager - Administration U.M.C. Reg. No. 78911
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2