

MOM - C-23-07-3507

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या:

M/083/0426

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि: 01/09/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Ram Dulari

AGE-YEARS वय-वर्ष:

59

SEX लिंग:

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कर्तव्य का नाम:

Shubhi Nanda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:

Udaypur Skittha Post Ganeshpur Udaipur Kalmberia

Khetri, Khetri Uttar Pradesh 36201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS मध्य आवासीय पता:

Same as above

Koshika
foundation
Building Block of Life



PASTE PHOTO HERE

Preop Post op

OCCUPATION:
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

30000 (family)

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

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का नियन्त्रण लगाया)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	Vikram	35	m	Son
2	Mala	30	f	Daughter-in-law
3	Asha	12	f	grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझे
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
1	After Diagnosis	RE - Senile Cataract	LE - Senile Cataract
1	Surgery	LE - SICS with Pmma Comp	

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 उपलब्ध की गई सहायता राशि
1	ABCS	2050/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पाएँ:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण अपनी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी महाबल नियन्त्रण की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ जो महाबल नियन्त्रण "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो जाति है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पाया गया है।
- 3) मैं पुराण करता हूं कि जिस महाबल हेतु यह कारण को पाया है, उस जाति का अधिकार या महाबल नियन्त्रण विभाग अन्य आमतौर परियोजनाओं विषये कार्यक्रमों में व जो लिया है वही वही भविष्य में रहेगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करता)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महाबल की पूर्ण कारण हेतु उसके न्यायों "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पक्ष, फौटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामी, रान, वाकात/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार याचन में प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति के विवरण में इनाह को पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बत में महाबल हूं कि मेरा नाम, पक्ष, फौटो और विवरण जो कि महाबल के उद्देश्यों में प्राप्ति है उसे स्वतः महाबल का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस माम्रध में "कोशिका" एवं उसके न्यायों का प्रियोप अनियंत्रित और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का नियन्त्रण

 - RT**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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, हस्ताक्षरों को अंतर से यामल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महाबल हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विम प्रकार से याम्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो योग्यता और न ही भविष्य में वित्तीय महाबल किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त रोगी/यामले में लेंगे या तो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय विधिवती उक्त के माम्रध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाबल विनियत अधिकार/स्वीकार हेतु मन्त्र याति किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से महाबल लेने का अधिकार भूमिका रखता है। इस पूर्ण में स्वाप्त कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/यामले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई महाबल करने वित्तीय प्रकृति को है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई मानव या किसी वार्षे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विभेदाती इस यामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संमति

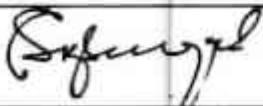
Date of Surgery अंपरेशन की तारीख 01/08/2023	Dr MAZNAR N KHAN M.B.B.S M.S FICO Name of Dr & Regd. No. with Stamp डॉक्टर का नाम एवं रजिस्ट्रेशन का संख्या	Anurag Mishra Manager-Administration (Name, Office & Capacity of Authorised Signatory हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम, कार्यालय एवं उपलब्ध किया जाने वाली अधिकारी की विवरण)
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक उपर्याप्त है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

