

mom- C-23-08-0165

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : M/0823/0456 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 02/08/2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : Babli आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 42	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mani Ram पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill - basuri Kotha Jhabanpur Grant, Swarajghat Swarajghat Jungle Uttar Pradesh 202803				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : Home maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 36000 (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 उसे पर सही का निशान 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
1	Mani Ram	45	M	Husband
2	Vijul	04	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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 विनति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - Senile Cataract L.E. - Senile Cataract			
2	Surgery - RE - SICS with PMMA IOL			
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 राशी		
1	ABCS	2000/-		



MR BABLI 01
MR BABLI 02
MR BABLI 03
MR BABLI 04
MR BABLI 05
MR BABLI 06
MR BABLI 07
MR BABLI 08
MR BABLI 09
MR BABLI 10
MR BABLI 11
MR BABLI 12
MR BABLI 13
MR BABLI 14
MR BABLI 15
MR BABLI 16
MR BABLI 17
MR BABLI 18
MR BABLI 19
MR BABLI 20
MR BABLI 21
MR BABLI 22
MR BABLI 23
MR BABLI 24
MR BABLI 25
MR BABLI 26
MR BABLI 27
MR BABLI 28
MR BABLI 29
MR BABLI 30
MR BABLI 31
MR BABLI 32
MR BABLI 33
MR BABLI 34
MR BABLI 35
MR BABLI 36
MR BABLI 37
MR BABLI 38
MR BABLI 39
MR BABLI 40
MR BABLI 41
MR BABLI 42
MR BABLI 43
MR BABLI 44
MR BABLI 45
MR BABLI 46
MR BABLI 47
MR BABLI 48
MR BABLI 49
MR BABLI 50
MR BABLI 51
MR BABLI 52
MR BABLI 53
MR BABLI 54
MR BABLI 55
MR BABLI 56
MR BABLI 57
MR BABLI 58
MR BABLI 59
MR BABLI 60
MR BABLI 61
MR BABLI 62
MR BABLI 63
MR BABLI 64
MR BABLI 65
MR BABLI 66
MR BABLI 67
MR BABLI 68
MR BABLI 69
MR BABLI 70
MR BABLI 71
MR BABLI 72
MR BABLI 73
MR BABLI 74
MR BABLI 75
MR BABLI 76
MR BABLI 77
MR BABLI 78
MR BABLI 79
MR BABLI 80
MR BABLI 81
MR BABLI 82
MR BABLI 83
MR BABLI 84
MR BABLI 85
MR BABLI 86
MR BABLI 87
MR BABLI 88
MR BABLI 89
MR BABLI 90
MR BABLI 91
MR BABLI 92
MR BABLI 93
MR BABLI 94
MR BABLI 95
MR BABLI 96
MR BABLI 97
MR BABLI 98
MR BABLI 99
MR BABLI 100

Pole-of Post of

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 दृढ़ता से सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समान निम्न किसी अन्य धार/वर्ग/कर्म/कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धरिका है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सत्य: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

पवेकी

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, हस्ताक्षर की ओर से मायले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिरिक्त/स्वीकृत हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पदर उक्त रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य मायले में नहीं लेता/लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरुआत और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आपरेसन की तारीख

02/08/2023

Dr. MAZHAR N. KHAN

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व पंजीकृत संख्याAnurag Mishra
Manager-Administration(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
हस्पताल/सहायता
नाम व पद, हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar