

MOM - C-23-08-0156

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/0823/0437	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 02/08/2023	 
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Ranke Lal	AGE-YEARS आय-वर्ष 49	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकी का नाम	Shyam Lal	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक आवासीय पता Balsam Pur Mohanpur Bada gaun Shahjahanpur Badagaun uttar Pradesh 242401	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता Same as above	
OCCUPATION: पेशी	farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	32000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो आय ही उत्तर पर मही का निशान लगाये)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Arjun	Age (Years) उम्र (वर्ष) 22	Gender लिंग M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध Sister			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनाशी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीच प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रायोगिक सूची संलग्न		
1	Diagnosis RE - Senile cataract LE - Senile cataract		
2	Surgery RE - IOL with Pmma lens (amp)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता 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 महायता राशि	
1	DACS	2500/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हिस्प गये सभी विवरण मेरी जलवायी के अनुसार सभी यह सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून अनुसार पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण की जो मात्रा है;
- 2) मैं इस जो महायाता गति "कोशिका काउन्डेशन" में जी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्वाने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में प्राप्त रहा है;
- 3) मैं पुरिं करता हूं कि विवरण सहायता द्वारा यह जांच को गई है, उस रास्ते का अधिकारी या माननीय विषय किसी अन्य ग्राहक/नियोजक/बोर्ड कम्पनी से न को सिया है और न ही भविष्य में लैंगिकः

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कारणः)

- 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की तरफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुरिं करता हूं एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, याचनाकार दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये कियों जैसे प्राप्त या विवरण में प्राप्तित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जन से महायाता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है, पूर्ण रूप सहायता का हासिल करनी चाहता हूं। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और वास्तविक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कारणः)

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 और से यामले/तोरी को "कोशिका काउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे द्वारा (हस्पताल) विवरण करता है, यामल या व्योक्तार करता है।

- 1) यह कि न तो उत्तमता और न ही अधिकृत में विविध सहायता किसी गैर सत्कारी संस्थान या किसी अन्य स्कॉल से उत्तम तोरी/यामल में लिये जा सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" में विविध विविध उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा प्रदान हुए कि हैं। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकारी/माननीय दूसरे नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य तोरी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लिये जा अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस पुरिं में अपार कहा जाता है कि अस्पताल विविध प्रदान उक्त तोरी/यामले हेतु किसी गैर सत्कारी संस्था या किसी अन्य स्कॉल में नहीं लिया जाएगा।

- 2) "कोशिका काउन्डेशन" से सभी गई सहायता कानून विविध प्रकृति की है। यामल या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौत योगी प्रकार हस्पताल को बीमा या विवरण द्वारा किसी उक्त कानून या चोरी द्वारा नहीं है। इसलिये हस्पताल में यामल के उल्लंघन सुरक्षा और जाने जाने को सारी विविधता योगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किसीदारी इस यामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृति के लिए संस्कृतिDate of Surgery
अंपांशन की तारीख

02/03/2023

Dr MAZHAR N KHAN
M.B.B.S M.S FRCR
U.P.M.C Reg No. 78011 ग्राहक नं.

Anukul Mishra
Manager-Administration
Dr Shreya Chakraborty
Hospital Sahayadev
Mohammed J Khan
Name, Designation, Capacity, Authorized Signatory

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवारक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2