

mom - C-23-a2 - 170

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: M/08/23/0526
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16/08/2023
आवेदन तिथि

Koshika
foundation
Building block of life.

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Madhu Ram
Chote Lal

AGE-YEARS 75
जाप्त-वर्ष

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

Benta Multan Chalonia, Uttar Pradesh

75 m

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान आवासीय पता

962002
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:
बचपन से

farmer

MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (अजिवालि)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

20000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष मतलब)

PAN No. स्वाइट छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर मही 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिये विनाई आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागा प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप मर्यादित पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अंत में मात्र चाहिए।)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगीता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत अंत में मात्र चाहिए।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी हो गई प्रतिवेदन सूची सलान		
1	Diagnosis RTE Benile contract HIE Benile contract		
2	Surgery Re-Sics with Pmma Laval camp		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से दिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोग महायता देती
1	DBCS	200/-

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 घोषित करता हूँ कि इस प्राप्ति में ऐसे गये सभी विवरण मेरी सहायता के अनुसार सभी गए गयी हैं। यदि कोई विवरण एवं कारबन असत्य-पाणी जाता है तो मेरी सहायता निस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यांची "कोशिका फाउंडेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में गया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस सहायता हेतु मह ब्राह्मण को गई है, उस गयी का अधिकार या सकारात्मक कामपत्र से वही विवरण है जो उसी अधिकार में दी गयी है।

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 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 आपने हस्ताक्षर या झेंटे की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को गुरुत्व करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाल, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्खित है, उसे "कोशिका" एवं मेरी जाति, राज, वाचन/ग्रन्थ इसी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार साधन से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये इतना जो सहज या बाट ये कारबन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से यात्रा हूँ कि मेरा नाम, जाति, जोड़ी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है मुझे सहज सहायता का डराया जाता है इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं इसके न्यायीकों का निर्माण अंतिम और बाख़रकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का झेंटे का लिखान

*- LT***AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर 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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मान्यताप्राप्ती का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिष की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न को वार्तायन और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा में लेंगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिष/विनाशि उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशि अधिकार/याकास हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य उत्तराधिकार में सहायता लेने का अधिकार भूषित रखता है। इस पूर्ण वे स्पष्ट कारबन जाता है कि अस्पताल हितीय मदर उत्तर गोदी/याकास हेतु किसी ने गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो यह सहायता कोला वित्तीय प्रकृति को है योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सत्त्वां या किंवदं गये उपचार/इकाय का चक्रव योगी एवं हस्ताक्षर एवं वीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इतना सुखा और जाने जाने की जारी विमेली योगी एवं हस्ताक्षर जो होंगी और "कोशिका" को पूर्ण भूमिका या विमेली इस मामले में जारी होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम तारीख <i>16/08/2023</i>	Dr. MAZHAR N KHAN M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) UPMC Regd. No. 111 दानापुर अस्पताल नं. 111	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद/उपचारकाल स्वीकृत अधिकारी
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपलेख हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर ।*Safayal*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर ।

Lic/B