

MOM- C-23-08-1695

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/0823/0529	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 16/08/2023	 
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Suman	AGE-YEARS आयु-वर्ष	41
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/काकुल का नाम	Suresh	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Ward no 11 Unchi Bhood govt gokaran Nath khori JHARAKESH 2(280)	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above		
OCCUPATION : जबरदस्ती	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साह्य संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	30000 family		
PAN No. स्थाई 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 लगाये।		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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु फिल्ड गये चिन्ति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis	R12	Senile Cataract
2	Surgery Re - ops with Pmma lens camp	114	Senile cataract
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 हाँ गई सहायता राशि	
1	DisCs	1000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 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 प्राप्ति मेरी गये सभी विवरण मेरी जल्दीय के अनुसार यथा एवं यही है। यदि कोई विवरण उच्च कठोर अस्थाय पक्ष का बताता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जल्दीय रूपे "कोशिका फाउंडेशन", जो यह नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण रूप से लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति मेरा यथा यही है।
- 3) मैं युक्त करता हूँ कि जिस सहायता द्वारा यह समर्पण की गई है, उस गयी का अविभक्त या समतल (equal parity) अवधि और उपलब्धियोंका बीच जाम्पर्से से न जो भिन्न है और न ही विवरण में दृष्टि।

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 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 उच्च पर अपने हस्ताक्षर सा अंगठे की ओर जालकर, मेरे (आवेदक) अपनी संहस्रामी की युक्ति करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा यथा, यह उच्च पर अपने हस्ताक्षर से जालकर या अपनी भवित्विधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम द्वारा, प्रोटो-जौर वा लिपिग्राम या ड्राइव में व्योगिता है, उसे "कोशिका" पर्याप्त जालकर उद्देश्य से उद्दीपिता भवित्विधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से व्यापकीत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छाके जल्दीय के जल्दीय एवं कानूनी लिये "कोशिका फाउंडेशन" का नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बताने वाला हूँ कि मेरा नाम, पता, जीवंत और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से व्योगित है युक्त उच्चता, सहायता का व्रकार जीवंत बनता। इस समर्पण में "कोशिका" पर्याप्त उसके व्यासियों का नियन्त्रण जीवंत और बास्तविकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का लिपान

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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जानकी/हीरो की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु मिलाईर्ही की जाती है, जिसे हम (हस्पताल), निम्न उच्चता से मात्र व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भवित्व ये विविध सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्वीकार से उच्च एंटी-मास्टोरों में सोने या ऐंडो है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से मिलाईर्ही उच्चता के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ नदद होता है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता विनियोगी अवस्था द्वारा नहीं जाता है तो अस्पताल की अपील अर्थात् जल्दीय जालकर उच्चता के समर्थन में सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहीट में नदद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदद उच्चता रोगी/मास्टोरों हेतु किसी भी समर्थन संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं रोगी/मास्टोरों।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से यह गृहीट द्वारा जीवंत विविध प्रदर्शन की है। ये गृहीट या हस्पताल हाथ यही मही स्वास्थ्य का युवान देने पर्याप्त हस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोर्ड रखता नहीं है। इसलिये हस्पताल में सोनी के इच्छाके सुरक्षा और जाने वाले को साथ विमेलरों द्वारा पर्याप्त हस्पताल द्वारा होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस समर्थन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Anurag Mishra

Manager-Administration

(Name, Designation & Security Approved Signatory)

Signature:

Date: 10/08/2023

Place: New Delhi, India

Phone: +91 98100 12345

Email: anurag.mishra@koshika.org

Date of Surgery
अंगठीय की तारीख
16/08/2023

Dr MAZHAR N. KHAN
M.B.B.S, D.M.R.C.O.
U.P.M.C. Reg No. 78911
इच्छाके नाम व हस्ताक्षर के दिन, न.

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनुराग द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्ताक्षर 2