

MOM-C-23-10-0684

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: M 1023/0761

APPLICATION DATE: 09/10/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Munni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष:

66

SEX लिंग:

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकड़ी का नाम:

Duniyan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बंदगी में आवासीय स्थान:

Malika,

Shahjahanpur.

Uttar Pradesh - 242405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय स्थान:

Same as above

Koshika
foundation

Building block of life



Pre-op Post-op

OCCUPATION:

अवश्यक

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2800/- (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संकाय)

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
अया आप आय का दाता हो (जो मात्र हो उस पर मही का निशान सागाये):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	Hukuk	23	M	Son
2	Seema	20	F	Daughter-in-law
3	Ritu	8	M	Grand Son
4	Timi	6	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये विनती आधार:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति मंलान करें)	आवासीय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति मंलान करें)	उपपोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया प्रति मंलान करें)	

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची मंलान		
1	Diagnosis	R.E - Senile cataract	L.E - Senile cataract
2	Surgery L.E with pmma lens camp		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता विनती 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 महायता राशि
1	DBTS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संक्षिप्त घोषणा:

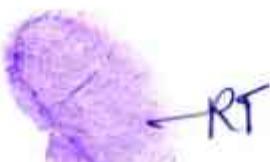
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 संक्षेप में दिये गए मेरी विवरण अंतर्कारी के अनुसार मान्य प्राप्त होती है। नहीं कोई विवरण एवं काम अमान्य पाला जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जैसे सहायता ग्रहण "कोशिका फाउंडेशन", में से जो होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विद्या जारी, जो इस प्रबंध में प्राप्त होता है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि यिस सहायता हाँ या नहीं कहा गया है। इस तरिके का अधिकार या योग्यता विवरण किसी अन्य ग्राहक/सहायता कानूनी से न तो विद्या है और न ही भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 in regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रबंध पर अपने हस्ताक्षर या अंगृही की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा काम, नाम, ठाकों और जो विवरण इस प्रबंध में प्राप्ति है, उसे "कोशिका" एवं मेरी नाम, दाता, वाचनकारी दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार पाप्रबंध से प्रगतीत बताने के लिए अधिकृत है। ये प्रबंध का विवरण में इतावत के पास या बार में बताने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञाती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बत में सहमत हूं कि मान्य नाम, नाम, ठाकों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं पुर्ये स्वतः सहायता का उकाता नहीं करता। इस स्वबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अंगृही और वाचनकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर का अंगृही का विवरण


AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कराया)

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.

हमें अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से यामादे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व लो यातीयान और व ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सहायी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से उक्त दोनों सम्बन्धों में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवरित किया उक्त के स्वाधीन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरि आविष्कार/व्यक्त हेतु मन्त्रा वही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायी संस्था या किसी अन्य समाधान में सहायता नेत्रों का अधिकार सुझित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिस्सीय मदर उक्त दोनों सम्बन्ध हेतु किसी गैर सहायी संस्था या किसी अन्य समाधान में नहीं लेता/लेती।

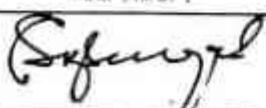
2. "कोशिका फाउंडेशन" में नी ही सहायता नेत्रों की है। सोनी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का विवरण यह उच्चावधि/प्रक्रिया का चुनाव लेती एवं हस्पताल के कोने का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उक्त नहीं है। इसलिये हस्पताल में सोनी के इतावत सुनाए और अन्य जाने की सारी विवरणों की गई हाँ और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणों इस सम्बन्ध में नहीं हाँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगृही की तिथि 09/10/2023	Dr. MAZHAR M.B.B.S. M.D. U.P.I. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर के सहित	Anurag Mishra Manager-Administration (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Hospitcal Admin. Deptt. of Hospital) नाम, पद व प्रतीक अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदित उपचार है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।


SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

