

Mem-C-24-02-4077

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M10324/1330		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 05/03/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sangeeta		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Jamuna Deen		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Dampur Post, Panchsheel, Madarapur, Madarapur, Sikandarpur, Kheori, Mohanmadi, Uttar Pradesh-262205			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 21000/- (family)		(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 उस पर सही का निशान लगाये) 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 सम्बन्ध	
1	Ravi Ram	24	m	Son	
2	Asiti	22	f	Daughter in law	
3	Sonabhi	05	m	Grand son	
4	Rajyanshu	02	m	Grand son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को 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 विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis R/E Senile cataract				
	115- Senile cataract				
2	Surgery R/E IOL with pmma lens cap				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1	DACS		2000/-		

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सभ्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूररेडियो से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाध्यता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्डेशन" 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 प्राप्ति हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कर नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका फाटने" से ती गरी सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा पी गरी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनक रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Anurag Mishra
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Central Hospital)
माम च पू हेमराज अर्जुन अर्जुन

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर २

Exempel

2017