

Mom C-24-03-1927

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

M/0324/1412

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/03/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahendra Pal

AGE-YEARS आयु वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Balbhadra Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Karim Nagar, Haridwar, Uttarakhand

Uttar Pradesh - 241006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साबित संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
1	Manoj Kumar	15	M	Son
2	Jyoti	12	M	Son
3	Deepak Kumar	10	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साबित
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis R/E - Senile cataract U/E - Senile cataract
2	Surgery R/E - IOL with pmma lens comp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1	DACS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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, 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 हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाता है जो मेरी छात्रवृत्ति प्राप्त की या संभव हो।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में परा रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी छात्रवृत्ति हेतु यह प्रत्यय को नहीं दूँगा, इस रशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य छात्रवृत्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfillment 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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यय में वर्णित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू. लाई, पत्र, पत्रिका/कागज पर उद्देश्य से मुझे संश्लेषित और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार संचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रवृत्ति के उद्देश्य से उपयोग है मुझे तथा; छात्रवृत्ति का इस्तेमाल नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" एम्प्लू. इसमें व्यक्ति के लिए अंतिम और सम्पत्ती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक को छात्रवृत्ति या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से संचालन के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय छात्रवृत्ति हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय छात्रवृत्ति किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उका लेनी/प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अधिकृत उका के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अवकाश हेतु मांगुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उका लेनी/प्राप्त हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेते।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई छात्रवृत्ति केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज इस ली गई छात्रवृत्ति या किसी गरी उपाय/उपचार का प्रभाव लेनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14-03-2024	Dr. MAZHAR N. KHAN FICO UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	Anurag Mishra Manager-Administration (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व उपाधि हस्ताक्षर व छाप दें
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
	