



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/0123/0126		APPLICATION DATE : 21-01-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Sunhavi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम Late Mr. Ramchandra		 PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Sunhavi(0126)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Basimpura, Deoband Dehat, Deoband, Sahawapur, Uttar Pradesh, 247554				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय House wife				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) 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)	Bhupal	40	M	Son
(2)	Rajkiband	38	M	Son
(3)	Nishi	37	F	daughter in law
(4)	Rachha	33	F	daughter in law
(5)	Lucky	16	M	grand son
(6)	Manshi	14	F	grand daughter
(7)	Priyanshu	12	M	grand son
(8)	Anantam	10	M	grand son
(9)	Soumab	08	M	grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) 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			
	Diagnosis - RE - Pseudophacic			
	LE - Senile cataract			
	Surgery - LE - SLCS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT:** जलदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पत्र यात्रा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।  
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हो, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, पत्र, यात्रा, दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।  
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं उनके स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम उसके न्यासियों का विचार अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता 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 वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थ/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है: रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने चाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

 **RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24-01-2023	<b>MOHD. RAMEEZ REZA</b> M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY (AMU.) FICO LONDON (BASICS) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर, पं.	 <b>VIVEK RANA</b> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	


**भारत सरकार**  
**Government of India**


 सुनहरी  
 Sunehri  
 जन्म तिथि / DOB : 01/01/1966  
 लिंग / Female



**5249 7156 9282**

**आधार - आम आदमी का अधिकार**


**भारत सरकार**  
**Government of India**

**5249 7156 9282**

**सुनहरी**  
**Sunehri**  
**जन्म तिथि / DOB : 01/01/1966**  
**लिंग / Female**

**Address**  
**W/O. Sampatka, Bahadurpur, Dist. Meerut, U.P. 201304**

**Language Identification Authority of India**

