

Mont - C-25-04-0043

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M 10485 /0033	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 07/09/25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Chandrawati	AGE-YEARS वयः-वर्ष 69	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुम का नाम	Bansildl	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती/माला आवासीय पता GRAM PANCHAYAT: SITIKAULI TALUKA NARAMPUR DISTRICT: UTTAR PRADESH - 263304		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता YAMAI 25 above		
OCCUPATION: बदलाव	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	25,000/- family	Yes / No हाँ / नहीं		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Rawi Kumar	Age (Years) उम्र (वर्ष) 30	Gender लिंग M	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SOL
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ब्लॉक अप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सुलगाएं Diagnosis YE senile cataract YE senile cataract Surgery YE STCS with PMUG lens cataract			
ASSISTANCE BEING AWAILED 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 PBCS	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लो गई सहायता राशि 100/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्त में लिये गये सभी विवरण ऐसी बनाए गए जो अनुग्रह समय तक मही है। यदि कोई विवरण एवं काम अप्राप्त समय जाता है तो मेरी सहायता निरस बोली जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता यहि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्त में दिया गया है।
- मैं पुर्ण बताता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दृष्टि का कोशिका का सहायता हिस्सा किसी अन्य योग्य/विद्युतकर्त्ता कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में हैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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.
- 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.
- इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की तार लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की गुणित करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, वाचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण ने इसके बाहर से काने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है युक्त स्वतः सहायता का हक्कात जीवन का इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्देश अंतिम और बाल्फारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मापड़े/रोटी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से याचन व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो बर्खान और न ही भविष्य में विविध सहायता विकारिता गैर सरकारी संस्थान या विकारिता अन्य स्थान से उक्त संगठन/समूहों में ले गए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह बताया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विकारिता अधिकारी/सकल इन्होंने नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी भूमिका या सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजिक से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस गुण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल उक्त गोपयोगों/समूहों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से वहाँ ले गए होगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोलंग विविध प्रकृति की है। ये गैर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या विकारिता गैर उपचार/प्रक्रिया का चुकाव होनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दिया जाता है। इसलिये हस्ताक्षर में दोनों के इताव सुना और उने जाने की सही विष्येशुरी दोनों एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विविध इस घामते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Juhi Panwar स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगठी की तारीख
07/09/28

M.B.B.S.
U.P.M.C. 115579

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Deepak Tripathi
Administrator

Dr. Shafeequl Haqby Eye
Hospital Bahadava
Mohammadi-Kheri

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2