APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप (स्वास्थय देखभाल)						Koshika	
APPLICATION No.: U ७५२५/ ००२४			APPLICATION DATE : 15/04/25 आवंदन तिथी			7.7.3.11.3.2.3.1.4.11	
NAME OF APPLICANT: Savider Devi			AGE-YE	AGE-YEARS अधु-अर्थ ।			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम		199 pal		MEES .	F		
THURTISH HIT HIT		PRÉSENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान आव	सीय पता			
craan	g-aux an	ia, Lohban,				Percep Postop	
A) i	st. Me	Anura, U.P.	281204	1		Pereop Postop	
		ERMANENT RESIDENCE ADDRES					
		same as	above				
OCCUPATION :	Н	come make	רני	fm/	ARRIED (विवाहि	l त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय		48000/- (Fax		(A	ttach Proof of आय का सास्य		
PAN No. स्थाई खाता संस	<u>ज्या</u>						
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नहीं			
		The second secon	AMILY DETAILS		ří —		
Sr. No.	Ni	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Yea उम्र (वर्ष		Gender लिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बध	
क्रम सख्या	Ram		94 (dr		rh.	Buband	
2.	Suned		.24	9	m	son	
	7						
3. B-ho		urt1	2.	1	F	Daughter in Lau	
		BASIS for REQUESTING A		k whichever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतन्त्र करें।		सहायता के लिये विना EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न ।	करे। (ग्रमा	Ration Card (Altach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्षया प्रति संलग्न करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			r REQUESTING किये गये विनती				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न					,	
क्रम सख्या	-	RE- Cataract					
120 8							
	Si II II I	LE- Catarant					
2017							
CUITARTY- (RD-SICS + PMMH							
		0	0				
					*	And the second second	
		ASSISTANCE BEING AVAILED				ES	
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	2000	अन्य स्त्रोत का नाम (°		- 0	001/-	ली गई सहायता राशी	
	O IV	**					

DECLARATION OF APPLICANT: SPRING BIT STREET VIL

- 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 relection/cancellation.
- 2) I solamnly confirm that essistance, 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 assistence is requested.
- मैं पंचाम करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि बोर्ड विकरण एवं कान -ासन यात जाता है तो येरी शहरवात जिल्ला की जा सकती है।
- मेरे ह्या जो महामता होते "कारिकल फावक्केंगन", से ली जा का थे, जलता नक्का कर कर कर का पृत्त का का कि का जावेत, जो इस काम में महा प्रधा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हुत यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रीत का आँगक या सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/निमानक के पान में मिल्ल है की अन्य मा तुमा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक द्वार करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) (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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्षीशिका पाउंडेंटान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि छेरा नाम, पता, फोटो और जो विकरण इस प्रमत्र में सोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, साचना/पा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिया फाउडोंमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित 🕯 मुझे स्वर: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसकं न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी श्रोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के शस्ताक्षर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्यास इस करार)

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

हमारे ऑफक्ट, हस्राक्षरों को अंद से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेंकन" से चिनिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मह कि न थी वर्तमान और न ही पविष्य में विशिष सहस्थता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उबत ग्रेगी/पायले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि हमने "क्रोशिका फाउन्हेंशन" में सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर शरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन ये सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्तेशन" में लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का दुनान स्थिति प्रकृति के बोच का विषय है और "कोशिका फाठ-डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाव सुरक्षा और आने को होंगी और "कोशिका" को कोई पुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

हस्यताल Administrator Dr. SUFYAREOMMENDED FOR ACCEPTENCE M.B.B.S., DOMS, DNS **Date of Surgery** CHENIC 69924 ऑपरेशन की तारीख Maevan Distl 16/04/25 (Name, Designation & Stan athorised Signatory (Name of Dr. & Regri No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम च हस्ताक्षर व राजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।

ऱ्यामी हम्साक्षर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2