

mom - c- 25 - 03 - 0975

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापत्र) | Koshika foundation Building block of life | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : | M 0325/1292 | APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 08/03/25 |  | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: | Tiwari | AGE-YEARS उमेर-वर्ष : 6.5 |  | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम: | Dome | SEX लिंग : M | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जावासीध पता Sanwiya Hail Beni Janoti Mahadev Uttar Pradesh - 262754 | | Dotted photo | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जावासीध पता same as above | | | | |
| OCCUPATION: जबक्षण | farmer | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय | 40,000/- | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण) | | |
| PAN No. स्ट्रोक नंबर संख्या | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का नियान लगाये) | | Yes / No हाँ / नहीं | | |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उमेर (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| ① | M | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विचारित आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्ञात ग्राम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डिप्लोमा सूची संलग्न | | | |
| | Diagnosis UF, Senile catarract UF, senile catarract | | | |
| | Surgery UF CSICS with Punn PNT camp | | | |
| ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि | | |
| | OBGS | 2000/- | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखा गया भी अनुचित साथ एवं सही है। परं कोई किसान यह काम करता चाहता है तो मेरी महाबल निधि की ज़रूरत है।
- 2) मैं द्वारा की गयी गोपनीय "कोशिका फाउंडेशन", जो नीचे दी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की भूमि के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पाया गया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूं कि किस महाबल के द्वारा दिया गया अधिकार या सहायता किसी अन्य गोपनीयोंका बीच में न दिया जाए और न ही भावित न होगा।

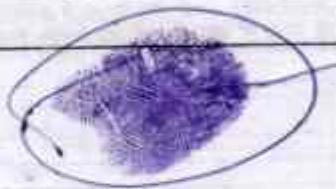
AGREEMENT by APPLICANT: आवेदक द्वारा कर्तव्य

- 1) 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/fulfilment 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 प्राप्ति पर आवेदक द्वारा की अंगठी की जाप स्थान, मैं (आवेदक) अपनी महाबल की भूमि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामीयों को अधिकृत भाल हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो किसान इस प्राप्ति में योगदान है, उसे "कोशिका" एवं नामीय, दान, सामग्री युग्म द्वारा दर्दीय सहायियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यापक में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति पर किसान मेरे इतान के गहरे या चारे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और किसान जो कि महाबल की उद्दीपन से प्राप्ति है युग्म नाम; सामग्री या हक्कों की बताता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का लिया गया और व्यापकता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की इच्छाकारी का अनुदेश का निशान



LH/P

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, इच्छाकारी की ओर से यापनेगारी को "कोशिका फाउंडेशन" से लिया गया है यह निष्पत्ति की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निन् प्रकार से यापन के स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को जरूरत और न ही चाहिए में किसी गोपनीय किसी और साकारी संस्थान या किसी भूमि उत्तम से उत्तम योग्यतामते में सेवे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में सिकारिस्टिक्यानिडि उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान किया गया अधिकार/सकल हैं यहाँ नहीं किया जाता है तो अमावास किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सामग्रीमें सहायता सेवे या अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस भूमि में स्वप्न यह कहा जाता है कि अमावास द्वितीय घटर उक्त योग्यतामते हैं जैसे किसी और साकारी संस्था का जिसी अन्य सामग्री में वही लेना/देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोयल किया प्रकृति की है। हीरे पर इमावाल द्वारा ही यह स्वाक्षर या किसी गोपनीय उत्तमाधिकार का उन्नात से एवं इमावाल से नहीं है। इमावाल इमावाल में देखी जाने वाली या उसी उपरी जाने वाली या उसी उपरी जाने वाली या उसी उपरी जाने वाली होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वाकृती के लिए संस्कृति

| | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery गोपनीय की तिथि 08/08/2023 | Dr. Deep S Name of Dr. & Regn. No. with Stamp Deep S उपकरण का नाम में हस्पताल व एंड न | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व वर्ष हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्बोक्त उपयोग हैं

| | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीय हस्पताल 1 Safwan J | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीय हस्पताल 2 Ricke |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|