

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0325/2150 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 9/3/25 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : SUDHIR KR SINGH आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55	SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KAMAL SINGH पिता/कन्या का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता KUSHINAGAR-274401 UTTAR PRADESH				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता AS ABOVE				
OCCUPATION : TAILOR व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 5000X12 = 60,000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. (स्थायी आय संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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.	SUDHIR KR SINGH	55	M	SELF
2.	SUNAM DEVI	47	F	WIFE
3.	MANJIT	20	M	SON
4.	SARASWATI	18	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

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 यहाँ पर कतई भी इस बात में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक मिलने को न मिलेगी।

2) मैं यहाँ पर सहायक उचित "कारणों" के साथ ही, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कतई भी किसी सहायक से या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही शिकायत है और न ही भविष्य में होगी।

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) 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपन में शामिल है, उसे "कोशिका" प्रपन, पत्रिका, वेबसाइट, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों से जहाँ जहाँ आवश्यक हो उसे प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपन का विवरण मैं इसमें जो चाहूँ वह प्रपन में लिखूँ "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति को दर्शाते हैं प्रपन में प्रसारित हो सकते हैं। सहमति का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रपन उसकी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आइएक: ७६ इलाहाबाद का जंगल का निवास

- Suchir Singh

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 अधिष्ठाता, इलाखरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उद्धार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो रखाघन और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिमय उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मकर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्ति अधिकृत/परकत हेतु यन्त्रु नही किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परत उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले पाई सहायता केवल वित्तीय उद्भूति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्थीकृती कां लिपि संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/3/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of OP & Regd. M.O. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

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