

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

1/09/208

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

09/09/25.

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

CHAMELA DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सुपुत्र का नाम

RADHESHYAM PANDEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

BARILOR, SANT LAXMAN NAGAR, UTTAR PRADESH
221309

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

AS ABOVE



OCCUPATION:
व्यवसाय

MAID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

6000 x 12 = 72000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / NO

क्या आप आय कर चुकाते 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	CHAMELA DEVI	61	F	SELF
2	RADHESHYAM PANDEY	61	M	HUSBAND
3	ANIL PANDEY	43	M	SON
4	SUNIL PANDEY	40	M	SON
5	SUSHIL PANDEY	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS: CATARACT (RE)
2	SURGERY: RE (SICUTAL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा पर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य दावा है तो मेरी स्थापना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से तो जा रहा हूँ, इसका उपयोग सभी उद्देश्य को पूर्ण से करने के लिए विशेष रूप से, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापना हेतु यह प्रपत्रक को भरा है, उस रजिस्टर का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्त्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्बु न्यासीय, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से सभी माध्यमों और उपकरणों से लिखित और प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र पर लिखित ये उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि स्थापना के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वयं स्थापना का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

चमेल देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

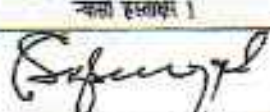
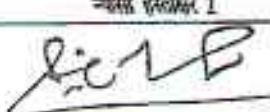
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से समझौते-पैनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, निम्न हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कथ्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनाश अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे उसे 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 को उपचार सुरक्षा और अपने अपने को सारे विषयों पर रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/09/25	Dr. Shashis Das Director M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता व छाप	Optom Avhijit Das Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankar Das नाम व दर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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