

Form - C - 23 - 01 - 0521

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No : M/0123/0039 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 10/12/23 अंतिम तिथि	
NAME of APPLICANT : Shanti Devi आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 64.	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Parmeshwar पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता Saurahi Purwa, 00000, Lakhimpur Kheri				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता Uttar Pradesh - 262703 Same as above				
OCCUPATION : Home maker व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 25,000 (Family) कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. 2540 3000 0000				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)				
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 से संबंध
1	Vijay Pal	32	M	Son
2	Rama Kant	32	M	Son
3	Vidya	36	F	Daughter
4	Rohini	38	F	Daughter
5	Sumita	30	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) मीनी रेश्ट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis - RE - Senile Cataract IC - Senile Cataract			
2	RE SICS with Panna lens comp.			
ASSISTANCE BEING AWARDED 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	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि		
1	OPDS	2000/-		

**Koshika**  
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Boop - 10x10

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरी जाये)**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन अथवा कथन सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी ओर से की गई है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी प्रकार से या पूर्णतः या आंशिक रूप से अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के पास से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) आगे सार्वजनिक की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये विवरणों और उपलब्धियों के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निरंतरता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये जाने वाले निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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/concluded 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गई है या भविष्य में कोई भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और हॉस्पिटल/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकेंगे, यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। केरी या हॉस्पिटल द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के चयन में कोई भी हस्तक्षेप नहीं है। हॉस्पिटल के चयन के हस्तक्षेप के बिना, हॉस्पिटल को अपने चयन के लिए पूर्ण जिम्मेदारता होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को कोई भी हस्तक्षेप नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/01/23	<b>Dr. MAZHAR MUHAMMAD</b> <b>M.B.B.S. M.D. FRCS</b> <b>U P Medical College, Lucknow</b> अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	<b>Amrta Mishra</b> <b>Manager, Administration</b> <b>Dr. Shri...</b> <b>Mohammed...</b> नाम व पद हस्ताक्षर के साथ मुद्रा
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बर 1 हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बर 2 हस्ताक्षर