

MOM-C-287 06-1270

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता डेटू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	110625/0190	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/06/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Rukmini	AGE-YEARS वय-वर्ष	70 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कपुष्पी का नाम	Savir		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासाय पता Dhankhedi, Tatyapuri, Lakshmpur, UP, India Uttar Pradesh - 261506		BIO-PHOTOGRAPH राजीव गांधी अस्पताल, लखमपुर, उत्तर प्रदेश	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासाय पता (Same as above)		post op	
OCCUPATION : जब्तसाध्य	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	40,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्पष्टीकृत संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगायें)			
Yes / No 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			
Nil			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आवश्यक			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता डेटू किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई मूलिकता संलग्न		
Diagnosis 4. Senile Cataract 4. Senile cataract Surgery yes/no with Primary lens Camp			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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	
DBCS		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 संक्षेप करता हूं कि इस प्रकार मेरे गये यारी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार वायर एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कठबन्ध बनाता है तो मेरी भावावल विरोध की जा सकती है।
- 2) मेरा द्वारा जो सामग्री या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरा वायर है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस समाजसेवा हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस गणक का अविवाक या मकान हिस्सा किसी अन्य घोट/नियोजक/चीज़ कम्पनी से न हो लिया है और न हो चलिये मेरे साथ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साझाकर, मैं (अवेदक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नियोजकों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, घोटों और मेरे विवरण इस प्रकार मेरी चाहिए हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, राज, जानकारी दूसरे उद्देश्य से उड़ी नियोजितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे यात्रायम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इसका को खाले या बाट ने करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात मेरी सहमत हूं कि मेरा नाम, नाम, घोटों और विवरण जो कि भावावल के उद्देश्यों से प्रभावित हैं मुझे सहमत: भावावल या हस्ताक्षर यही बनता: इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों या विवरण अविवाक और बाधावारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का नियाम



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 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, हस्ताक्षरी की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" या वित्तीय सहायता हेतु विकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्त से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो उल्लंघन और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सामाजिक लोगों या लोगों को नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाश अधिकार/सरकार या नगर नगरी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहि में स्वास्थ बहात जाता है कि अस्पताल डिलीप बर तक एग्रीमेंट हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही सहायता के बारे विवरण प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में देनी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की यादि विस्तैरित होनी चाही एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमेंद्री इस यामते में नहीं होती।

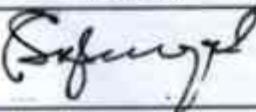
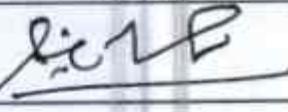
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगूठा की तारीख 13/02/25	Dr. Utsav Deep M.B.B.S. (NIPM.C Reg. No. 001000) दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर व रोज. नं.	Deepak Tripathi Administrator (Name of Signatory) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Sahadava Mohammad Khanji
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 
--	--