

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : M/0625/0202

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : 4/06/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम : Chameeli

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 6/
SEX लिंग : ♀

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कपुत का नाम : Chhotkao

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : संतुल आवासीय घर
Raigarh, Raigarh District - Chhattisgarh
Uttar Pradesh - 262602

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय घर

Name of place



ME-CHAMEELI
ME-MURUGA-1357

Postop

Pseop

OCCUPATION : जूबसाथी

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 51,000/- family

(Attach Proof of Income)
(आप का साथ संतुल)

PAN No. स्थाई संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मासिक हो उस पर सही का विवरण लगाओ)

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
1 -	Ram Pal	30	M	Son
2 -	Rakesh	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशी आवाहन

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificates (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपचारका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	RTE Admli RTE Sclli Cathact Laxact
2	Diagnosi Durgury RTE Sclli with Prosthetic lens camp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE स्वयं स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी
	DPCS	500/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा परः

- 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 प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च यह बही है। यदि कोई विवरण ऐसे काम के अनुसार पाला जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथों जो सहायता गरी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जारी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की उन्नीस के लिये विद्या जारीगा, जो इस प्रकाश में दाता गया है।
- 3) मैं पुरुष करता हूं कि विद्या सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गरी का अधिकार यह सकल हिस्सा विद्या अन्य छोट/नियोजित/बीमा कानूनों द्वारा न ही भविष्य में नहीं।

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 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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारीगों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यायी, राज, व्यापक/व्यापक दूसरे उद्देश्य से उड़ी गोलियों द्वारा उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश भाष्यम् से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरे द्वारा को चलाने या बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं मुझे स्वतः सहायता का प्रकाशन नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों वा विधेय अधिकार और वापसीकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का लिखान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इन्हीं अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतेप्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से विधिय सहायता हेतु विकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विद्या प्राप्ति से जानकार करते हैं।

1) यह कि जो संस्थान और न ही भविष्य में विधिय सहायता विद्या गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था में देंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिवारिशवित्ति उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देने वाले हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विद्या अधिकार/सकल हो, यहाँ नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यह उक्त गैरी/संस्थाने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/देनी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली यह सहायता क्षेत्र विधिय प्रकृति की है। उसी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या विद्या प्रकाश/प्रक्रिया का भुवन योगी एवं हस्ताक्षर की ओर का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में दी जाने के द्वारा सुनाया और अन्य जाने की यादी विद्यमेंद्री योगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमेंद्री इस जामाने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम डोज की तारीख <i>19/06/23</i>	Dr. Utsav Deep M.B.B.S (UP N.P.O Reg. No. 90746) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व संकेत, न.	Deepak Tripathi Administrator (Dr. Shiksha - Charity Eye Funded Signatory Hospital Bahadarpur) Mohammed Khan (कारी)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>Lic VB</i>
--	---