

URN - e - 28 - 08 - 1336

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION NO.: 210825/0388
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 28/08/25
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: SwamiyanAGE-YEARS आयु-वर्ष
69SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/वहन्दी का नाम: Rup Kishor

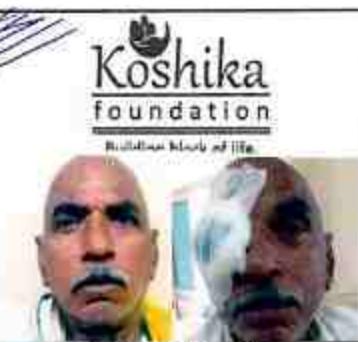
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dham, Phandar, Funder

distt- Mathura, U.P. 281123

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

OCCUPATION:
ब्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

46000/-

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

NA

PAN No. स्ट्राइप छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर मही का निशान 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 सम्बंध
1 -	Mreeta Devi	54	F	Wife
2 -	Vinod	32	M	Son
3 -	Laxmi	30	F	Daughter-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।)	अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूर्छी संलग्न (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।)	अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हिती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूर्छी संलग्न		
	RE - Cataract		
	RE - Cataract		
	Surgery - RE - SICS + PMMA		

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 राशी
1 -	ABCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

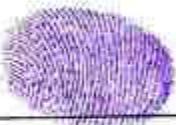
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 संघरण करता हूं कि इस प्राप्ति मेरे लिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण यद्यपि कठिन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्नलिखित की तरीफ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गिरा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा ची है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा जाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि जिस लक्षण के बारे में यह घोषणा की गई है, वह यात्रा का अधिकार या सकारात्मक दिवाना किसी अन्य घोषणाविवरण/घोषणा कम्पनी से न हो लिया है और न ही घोषणा में सूची।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आपने छात्राकार या अंगठे की ओर लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, तात्पुर, याचनाया। दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों लिये उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इलाज के पालने या चार में छह दिनों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस चाल में सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है जुड़े रखता; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमां अधिकृत, हस्ताक्षरे को अंगठे से मापते/रोगी जो "कोशिका फाउंडेशन" से वित्ती सहायता हेतु रिकार्डिंग की जाती है, विसंग हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से भाव्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भवित्व में वित्ती सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्टॉट-से उपलब्ध रोगी/मास्टर में होनी या ले गए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्ती सहायता दिलाई उसके सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मद्दत हेतु किए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग अधिकारी/सकारा हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्वी में स्वास्थ्य कराया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उपलब्ध रोगी/मास्टर हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत सहायता को ही रोगी पर हस्पताल द्वारा दी जाई सत्यता या किसी गैर सरकारी/संस्थान के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार या कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अस्पताल की अधिकृत अधिकारी और "कोशिका" की कोई घूमिका या विभेदारी इस मामाले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. PRAVEEN SEN SHAHI

स्वीकृती के लिए संस्थापन

Date of Surgery
अंगठन की तारीख
26/08/25

MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY
Reg. No. 97415
Time.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.



(Name, Designation & Date of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2