

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)


  
 Koshika  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 51092310690

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 16-09-2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mrs Leelawati

 AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 63  
 SEX / लिंग : F


FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/स्वामी का नाम : Late Mr Sameen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

 BANI KHERA Bani kheda Sahayonpur  
 NALIM Sahayonpur UTTAR PRADESH  
 297001

PASTE PHOTO HERE

 PHE OP Post OP  
 Leelawati(0690)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 50,000 (Family Income)

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

PAN No. / स्थाई खाता संख्या : NA

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मंजूर हो उस पर सही का निशान लगायें)

 Yes / No  
 हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| (1)                    | Atam Singh  | 65                         | M              | Husband  |
| (2)                    | Mangalam  | 45                         | M              | son  |
| (3)                    | Vinod   | 43                         | F              | daughter in law                                |
| (4)                    | Somya   | 15                         | M              | grand son                                      |
| (5)                    | Neha  | 22                         | F              | grand daughter                                 |
| (6)                    | Mehak   | 10                         | F              | grand daughter                                 |

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिए विनियम आधार

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|
|   |   |  |  |

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagnosis - RE - senile cataract<br>LE - senile cataract                                     |
|                        | Surgery - RE - SLCS with PMMA  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथना 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 यहाँ कथना करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कर रहा है।  
 3) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भर्षिका है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, साधनाया दुर्भोग उद्देश्य से जुद्धो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है पूर्णतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हमसाज द्वारा करण)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमसे अधिकृत, हमसाजरी की और से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशेष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निम्नित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकतम/सकल हेतु पन्धुर नहीं किया जाता है तो हमसाज किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसाज द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमसाज द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसाज के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाज में रोगी को इसका सुझा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसाज की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |  |   |
|---|--|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>16-09-2023</b> | <br><b>Dr. NISHA YADAV</b><br>Reg. No.-8937<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हमसाज ओर से अधिकृत अधिकारी |
|---|--|---|



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|   |   |
|---|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासीय हस्ताक्षर 1                                       | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासीय हस्ताक्षर 2   |
|  |  |

भारत सरकार



भारत सरकार

Government of India

भारत सरकार / Government of India: 20260201852711

आम  
आदमी  
का  
अधिकार



आमक / Your NO.

4440 5755 4386

आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार  
Government of India

आमक  
आदमी  
का  
अधिकार



4440 5755 4386

आम आदमी का अधिकार

125