



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 510923/0697		APPLICATION DATE 19-09-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mrs Bono		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Late Mr Sureman		 PASTE PHOTO HERE PHEOP PostOP Bono (0697)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता house no 30, talabhapli, Chahadpali Urf dhalwala, Chahadpali Urf Dhalwala, Sahayonpali, Muzaffernagar, Utham Pradesh, 247129				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 50,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (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 पते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए) 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)	Juefan	47	M	son
(2)	Guifan	45	M	son
(3)	Fayida	44	F	daughter in law
(4)	Sabya	43	F	daughter in law
(5)	Ayan	27	M	grand son
(6)	Shama	15	F	grand daughter
(7)	Afsana	12	F	grand daughter
(8)	Kushan	10	M	grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - total senile cataract LE - senile cataract			
	Surgery - RE - IIC with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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 इसकी घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/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 it's 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 it's 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को जीवित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े प्रतिष्ठितों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे 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 उद्देश्यों से प्रेषित है, मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सफल हेतु मन्तूर नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तृप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मरदा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19-09-2023	 Dr. SHREYA TYAGI Reg. No.-78106 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंक न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद एवं हस्ताक्षर अधिकृत-अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	



राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अभियान- 2015 के अन्तर्गत महत्वपूर्ण
जलकारी।

देय खाद्यान्न की मात्रा एवं मूल्य :-


- अन्तव्योदय अन्न योजना - 20 किग्रा/मं. गेहूँ तथा 15 किग्रा/मं. चावल प्रतिमाह प्रति कार्ड।
- पात्र गृहस्त्री योजना - 03 किग्रा/मं गेहूँ तथा 02 किग्रा/मं चावल कुल 05 किग्रा/मं प्रतिमाह खाद्यान्न प्रति युनिट।
- उपरोक्त दोनों योजनाओं पर गेहूँ २०-०२ प्रति किग्रा तथा चावल २०-०३ किग्रा/मं की दर से देय।

खाद्यान्न प्राप्त न होने की स्थिति में :-

- कार्ड धारक विभागीय टोल फ्री नम्बर 1800-1800-150 अथवा 1967 पर अपनी शिकायत दर्ज करायी जा सकती है।
- जनपद स्तर पर जिलाधिकारी, उपजिलाधिकारी एवं जिला पूर्ति अधिकारी के समक्ष शिकायत की जा सकती है।
- जनपद स्तर पर जिला शिकायत निवारण अधिकारी अर्थात् नामित अपर जिला मजिस्ट्रेट के समक्ष दकदारी अथवा खाद्य सुरक्षा मातो प्राप्त किये जाने हेतु शिकायत की जा सकती है।

खाद्य तथा रसद विभाग
उत्तर प्रदेश शासन
जनपद - मधुबनपुर



जनपद कार्ड क्रमांक	213210057381
पता	SHAHZADPUR URIF DHALWAL विभाग नगर मुख्यालय-2
राज्य का नाम	बीपी चण्डी
लिंग / लिंग का नाम	बी सुलेखा
केन्द्र/शक्ति	निशदे चर्क
निवास नं. गल	30, SHAHZADPUR, MUZAFFARABAD, MUZAFFARABAD J.P., मधुबनपुर - 247129.
आधार (अभिलेख) नं.	XXXX XXXX 6876
लिंग आधारित अभिलेख नं.	---
पति/पत्नी का नाम	---
पति/पत्नी का पता	मुजफ्फर
हस्ताक्षर का प्रकार	2 (Two)


दिनांक: 28-10-2017

Digitally Signed By
Narsaj Kumar

Narsaj Kumar / 30

राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अभियान - 2015 के अन्तर्गत जिलाधिकारी मुख्यालय, मधुबनपुर
IT Software Provided By: National Information Centre (NIC), UP. File No: 34 Nov 2016 05:02 PM

Ret






Unique Identification Authority of India

पता:
अशोकानंद भवन, इटम नं. 30,
मधुबनपुर, मधुबनपुर जं. राजमार्ग,
मधुबनपुर जं. राजमार्ग, मधुबनपुर,
मुजफ्फरनगर, उत्तर प्रदेश, 247129

Address:
W/O. Sufeman, house no. 30,
Sahapur, shahzadpur urif
Dhalwala, Shahzadpur urif
Dhalwala, Sahapur,
Muzaffarabad, Uttar Pradesh,
247129

6021 8591 6876



भारत सरकार
Government of India

पता:
मधुबनपुर
जनपद / DOB: 01/01/1954
महिला / Female




6021 8591 6876

आधार - आम आदमी का अधिकार

Ret