

Mon - C-25-02-2724

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/0325/1358	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	90/03/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Rajesh	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी का नाम:	Laxmi Narayan	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिमान आवासीय पता:		sahijana uchaulia khuri mahalndi Uttar Pradesh - 262804		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य जावासीय पता:		Same as above		
OCCUPATION: जैवसाध	farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल जौरेक आय	85/000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चलाने)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहते हैं (जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगायें)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवर्क विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्क के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<i>Will</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तरप्रदेश कार्ड (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<i>Diagnosis</i> <i>RPE senile</i> <i>RPE senile</i> <i>cataract</i> <i>cataract</i>			
Surgery eye fix with Pterygium 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 ही गई सहायता राशी		
	DBO	<i>1000/-</i>		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोत्साहन प्राप्त:

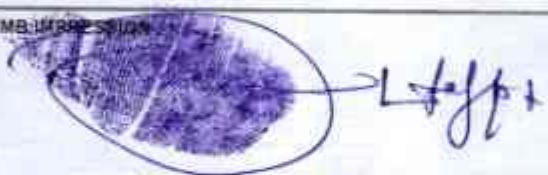
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 फॉर्म में दिए गये सभी विवरण येरो बालकों के अनुसार मान एवं जाती है। यदि कोई विवरण इस कालान अस्वल्प या कम जाता है तो मेरी सहायता लिस्ट को ज्ञानकालीन बताती है।
- 2) मेरे द्वारा जी ज्ञानकाल याशि "कोशिका फाउंडेशन", से जी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में भए गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस याशि का तारीख प्राप्ति का सहायता लिस्ट को ज्ञानकालीन से न हो जाता है और न ही ज्ञानकाल में भौगोलिक बीमा कालानी से न हो जाता है।

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 जापने इस्तेहास का जानते वाले ज्ञानकाल, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानकालों" को ज्ञानकाल करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में खोलित है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानकाल, जाव, ज्ञानकाल द्वारा उद्देश्य से जुड़ी ज्ञानकालों और उपलब्धियों के लिये कियो थे प्रसार माध्यम से ज्ञानकाल करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे उपर का विवरण मेरे स्वाक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञानकाल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से मजबूत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं पूर्ण रूप से ज्ञानकाल का उपकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानकाल का विनाश अतिम और बाधकाती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को इस्तेहास का अंगूठे का लिखा



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेहास 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 this matter.

हमें अधिकृत, इस्तेहास की ओर से यामर्ते/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु नियमितीय की जाती है, जिसे हम (इस्तेहास) नियम प्रकाश से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न ही ज्ञानकाल और न ही ज्ञानकाल में विविध सहायता किसी गैर ज्ञानकाल संस्थान या किसी अन्य स्वाक्षर से उक्त गोपीनाथसर्वते जे लौंग या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से नियमितीयवित्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नियमीय अधिकृत/स्वाक्षर हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्तित्व किसी अन्य गैर ज्ञानकाल संस्थान या किसी अन्य समसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व द्वितीय प्रदान उक्त गोपीनाथसर्वते हेतु किसी गैर ज्ञानकाल संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं संलग्न/लौटी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जी गई सहायता के लिये विविध प्रकृति की है। योगी पर इस्तेहास द्वारा ही गई सहायता या किसे गये उपचार/प्रतिक्रिया का विवरण हेतु एवं इस्तेहास के बीच का विवरण के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दरकान नहीं है। इस्तेहास इस्तेहास में योगी के उत्तराव सुरक्षा और आने जाने की मारी नियमितीय हेतु एवं इस्तेहास की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरण दी जानी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख <i>20/08/25</i>	Dr. <i>Deep</i> <i>W.W.S</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. डीप एवं रजिस्ट्रेशन नं. 20746 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रज. नं.	<i>Deepak Tripathi</i> Administrator (Name & Designation & Stamp of Authorised Signatory Hosp. behalf of Hospital जिस्टिस राज संस्कृत लैन एवं न्यूज़ीलैंड
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्ञानकाल

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्ञानकाल