

MOM - C-25-03 - 2994

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/0325/1385	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 29/03/25	 	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ram Prakash	AGE-YEARS : वय-वर्ष	SEX : लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कानूनी का नाम	Jagdeesh	53	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Village - Padia, Sukanarpur, Pandri, Sikarwara, Shahjhanpur उत्तर प्रदेश - 242306		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above		
OCCUPATION : जलसाधा	farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मालय संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹ 5,000/-			
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो तभी पर मही का निश्चलन लगाये।)		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
<i>(Handwritten notes: a. 1, b. 2, c. 3, d. 4, e. 5, f. 6, g. 7, h. 8, i. 9, j. 10, k. 11, l. 12, m. 13, n. 14, o. 15, p. 16, q. 17, r. 18, s. 19, t. 20, u. 21, v. 22, w. 23, x. 24, y. 25, z. 26)</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रोत्तवेदन संकी संलग्न			
Diagnosis	RTE senile cataract RTE senile cataract Surgery RTE IOL with Phma lens camp			
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता गयी		
	DBS	₹ 500/-		

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिये गये सभी विवरण सभी बाबतों के अनुच्छान समेत एवं बही हैं। यदि जोई विवरण एवं कानून अनुच्छान आपका जाहा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाता है, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि यह सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस लिए का बोलिन या कानून या कानून विवरण किसी भूल/नियोजन/बोधी कानून से न ली जाता है और न ही विवरण में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT: (जावेदक द्वारा कराय)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या लांडे की धारा लगाकर, मैं (जावेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया गया है, उसे "कोशिका" एवं नामीयों, उन, याचक्षण/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमाण प्राप्ति में दर्शाया जाने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे इनाम के प्राप्ति या कानून में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (जावेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है युद्ध स्थल: सहायता का उद्देश्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का निर्णय अंतिम और बाबतों का होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जावेदक के हस्ताक्षर या लांडे का नियन

AGREEMENT by HOSPITAL: (इमरान द्वारा कराय)

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यामल/लांडे को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यांत्रिक और न ही विवरण में विविध सहायता दियी गई सहायता संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त ऐसी/यामल से लेने या ले गए हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विवरण उपर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम लेता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकार/सकल हेतु बनाया जाता है तो अस्पताल विवरण अन्य और सहायता संस्थान से सहायता संस्थान का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरम उक्त ऐसी/यामल हेतु किसी अन्य साधन से नहीं लेना/सेना।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बारे विविध प्रकृति की है। ये पर इमरान द्वारा एवं गई सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुकाव देनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाय नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में योगी के इतना सुखा और आने जाने की सारी विवरण दूर हो एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णांक या विवरणही इस यामल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Deepak Bipathi

Administrator

Dr. Shri Charitable Eye

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगोरण की तारीख
24/03/25

Dr. Deepak Bipathi
M.D.
UPN No. 20746
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गिरि. २

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION जानकारी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्ताक्षर।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्ताक्षर।