

SRE - C - 25 - 09 - 1265

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S10925/0511		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 17-9-25		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Sentosh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम Late Mr. Bhanu				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Landhaura Bahansu, Sahajanpur Uttar Pradesh, 227451				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N/A		
PAN No. स्थाई आय संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को यांचे हा उर पर सही का निशान 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
(1)	Sushil	38	M	Son
(2)	Harshal	33	M	Son
(3)	Neelima	35	F	Daughter in law
(4)	Sakuntla	33	F	Daughter in law
(5)	Pradeep	16	M	Grand son
(6)	Vansh	15	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - pseudophacic LE - senile cataract			
	Surgery - IE - STCS with 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 तो गई सहायता राशि		



PASTE PHOTO HERE
Bloop past of
Mrs. Sentosh
(0511)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समतुल्य किसी अन्य प्राप्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत है, उस "कोशिका" एम्बुलेंसी, दान, वाहन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च से कटने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'ट्रस्टी' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को लक्ष्य/उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंसी 'ट्रस्टी' व उनके 'न्यायियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चालते/देते को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तीय गति/प्रकार हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य वैद्य सहायक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षित और करने करने को सही विधि/परी रोगी एवं हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमोचनी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

* स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17-9-25	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एडि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory के लिये/के नाम पर/के पद पर/के मुहर के साथ/के नाम पर)
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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