

SRF - C - 25 - 19 - 0532

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 5/1225/0736		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 09-12-25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr. Vishamber		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Mr. Shrigun		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान, आवासीय पता Hasimpura Deoband Deoband Deoband Deoband Sahamunpur Uttar Pradesh 247354	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Pse or post op Mr. Vishamber (0736)	
OCCUPATION : व्यवसाय Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 46,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. : स्थायी आय संख्या NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS : परिवार के सदस्यों का विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Kashish	36	M
(2)	Kashish	34	F
(3)	Kashish	30	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध Son Daughter in law Grand son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौचे 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) व्यवस्थापक 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - Posterior Polyp Colorectal		
	LE - Posterior Polyp Colorectal		
	Surgery - RE - STCS with PPMMA		
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 ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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, void for rejection/cancellation.
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 is requested by me.
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 which this assistance is requested.

घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
इस से सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा कितने अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न हो भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I, affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to 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.

Applicant further agrees that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, shall 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.

मैं इस पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्न न्यासी, दान, सहायता/दूसरे वर्णन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम द्वारा प्रसारित कर सकते हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के खर्च या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

(आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्न न्यासी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

I, affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we hereby affirm & accept following:
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 getting 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 information essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 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 bear the 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.

अधिकृत, हमारा अधीन 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।
हम कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वकालत/मांगते में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को वकालत/मांगते में लगे या ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमारा अधिकार/निर्णय तब तक के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमारा अधिकार/निर्णय तब तक के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मरद वकालत/मांगते हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लोपा/लेगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं इसका प्रभाव का लिये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुक्त और आने जाने की सभी विधियों पर रोगी एवं हस्पताल रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमोक्षता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery परिचल की तारीख 09-12-25	Dr. Monika Jagrota (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल 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
--	--