

SRE - C - 25 - 12 - 0724

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 5/1225/0742		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10-12-25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Parikasho		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Mr. Dheer Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Sanaipuri, Takpur, G/Sanauli Saharanpur, Uttar Pradesh, 247347			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 47,000 (family Income)		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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Yash	34	M
2	Savitri	81	F
3	Parikash	56	M
4	Harish	22	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध Son Daughter in law Grand Son Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता 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 - senile cataract LE - Pseudophacic		
	Surgery - RE - SICS with PMMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया 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
Mrs. Parikasho

(0742)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

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.
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.
मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में उल्लेख किया गया है।
मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस रशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बिमा के माध्यम से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
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.
मैं प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और कोई विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, इसे "कोशिका" परम्परा, पत्र, पत्रिका या अन्य माध्यम से मुझे चिकित्सीय और उपचारिक उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पश्चात् या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
(आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" परम्परा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली की छाप
 P-self

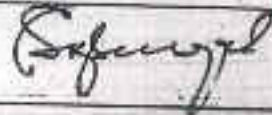
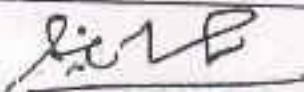
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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:
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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This affirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 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 sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
अधिकृत, हस्पताल की ओर से सम्बले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रकृति से सहायता को स्वीकार नहीं करते हैं।
हम कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता/निर्भरता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/निरस्त हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं बताया गया है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी रोगी/रोगीय को किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेती।
"कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषावलि वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा चलाया गया सहायता या वित्त उपाय/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हलायक प्रत्येक और स्वतः चले को जारी किन्मेंदारी रोगी एवं हस्पताल के बीच और "कोशिका" को कोई भूमिका या किन्मेंदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery 10-12-25	 Dr. Monika Jaisruthi DMO No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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