


SRE-C-26-01-0231

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (सहाय्य देखभाल)				
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S10126/0779	APPLICATION DATE: 6/1/26 आवेदन तिथि	 <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pse op Post op Memwati (0779)</p>		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mus. Memwati	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66 SEX लिंग: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: Late Mr. Mangheram	PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता dahadi, Mahanta Dehat, Mahanta, Paradesh, 247452	<p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pse op Post op Memwati (0779)</p>		
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker	WARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 49,000 (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 माना हो उस पर सही का निशान लगाएं):	Yes / No हां / 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	Deep	40	M	Son
2	Mithun	36	M	Son
3	Vicky	32	M	Son
4	Shalini	38	F	Daughter in law
5	Poojari	32	F	Daughter in law
6	Sachin	19	M	Grand Son
7	Ankit	12	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोद आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - senile Cataract			
	Surgery - RE - SPCS 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 ली गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT: अभ्येक्षक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
2) मैं इस बात का सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।  
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से, न तो लिए जाये और न ही भविष्य में लूना।

**AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येक्षक द्वारा करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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.

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्येक्षक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, धन, धारणा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण भी प्रचार के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ज्यूसी अधिकृत है।  
2) मैं (अभ्येक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ज्यूसी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अभ्येक्षक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश भी करती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का संकेत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परदे हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परदे उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और सस्ते जाने को सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery शॉपरेसन की तारीख <b>6/7/26</b>	<b>DR. NEHA</b> DMC No-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाजकर्ता व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकृत
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**      अन्दरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यूसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यूसी हस्ताक्षर 2
	