



SRE-C-24-12-0795

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S1012610782		APPLICATION DATE: 7/12/26 आवेदन तिथि		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Ajay kumar (0782)	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		57	M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
dihi road, hikka colony, Mohammadpur Mafi, Saharanpur, Uttar Pradesh - 247001		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
OCCUPATION : व्यवसाय		Labour		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		48,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) MA	
PAN No. स्थाई खात 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 लगायें)				Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
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 संबंध	
(1)	Suman	55	F	Wife	
(2)	Rishi	28	M	Son	
(3)	Ashav	25	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखानों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Pseudophacia LE - Senile Cataract Surgery - LE - 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 है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: अभिलेख दान चरण 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 हूँ कि इस प्रारूप 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) मैंने इस "बे" साहाय्य चरण "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस प्रति का अधिक या भवत किस्त किसी अन्य प्राण/निर्धन/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिलेख दान करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 का दान करण, मैं (अभिलेख) अपनी सहाय्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यायी, दान, प्राण/निर्धन दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण-मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभिलेख) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से घोषित है पूर्ण सत्य: सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभिलेख के हस्ताक्षर या अंगुठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसके अधिकृत, इलाक़ी को और से मागने/लोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहाय्य किसी और इलाक़ी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सहाय्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और इलाक़ी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लोगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहाय्य या बिना हमें उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाक़ सुरक्षित और अपने अपने की उम्मी निम्नवती रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या विनियोगी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/26	 Dr. NEHA DMC No. - 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाक़र व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	