


SRE-C-25-11-2995

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S10126/0788		APPLICATION DATE: 7/1/26 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mrs. Bala Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम Late Mr. Manga		 <p>PASTE PHOTO HERE Pre op Post OP- Bala Devi (0788)</p>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Behakhuvi, Beha Khui, P.O. - Ambekha Dist Saharanpur, Uttar Pradesh - 247340				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 49,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्वयं खाल संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		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	Suresh	42	M	Son
2	Mahipal	39	M	Son
3	Bablu	36	M	Son
4	Raman	40	F	Daughter in law
5	Nisha	38	F	Daughter in law
6	Hanish	11	M	Grand Son
7	Atul	16	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती 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 चूर्ण संलग्न			
	Diagnosis- RE- Pseudophacic LE- senile Cataract			
	Surgery- LE- SICS 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 ले गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करत:**

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही व सत्यकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा व गलत बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ली है और न ही लेने का इरादा है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)**

- 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/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग किए जाएंगे, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रयोग करने से मुझे स्वतः सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करत)**

- 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 यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है। मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>7/2/26</p>	<p><b>DR. NEHA</b> DMC No. 58989 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व ठेका नं.</p>	<p><b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> Mansarovar (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>