


SRE-C-26-01-0297

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S10126/0789	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 7/1/26			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Mr. Jasavir	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 43			SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : Late Mr. Sompal	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता : 126, Mohd. Pur, Gurgaon, Haryana, India - 122001		PASTE PHOTO HERE पुनः ऑप पोस्ट ऑप - Jasavir (0789)	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता : Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय : Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 49,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) : NA			
PAN No. : सॉफ्ट कोपा संख्या : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर छोटी का निशान लगाएँ)		Yes / No हाँ / नहीं : <input checked="" type="checkbox"/> / <input 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	Lata	40	F	Wife
2	Piyush	17	M	Son
3	Ashish	15	M	Son
4	Shiv	10	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी 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 सबूत	
"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 प्रतिकेदन सूची संलग्न			
	<p>Diagnosis - RE - senile cataract LE - Senile cataract</p> <p>Surgery - RE - SICS with PMMA</p>			
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 सी गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT: अर्शिरक द्वारा घोषणा 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र एवं सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो उद्देश्य दिये "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आयापन हेतु माया प्रार्थना की गई है, इस एपिस का अर्शिरक या मकल रिक्सा कियो अन्य प्रोविडर/एम्प्लोयर/इन्सुरन्स कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में सुरू।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिरक द्वारा करार)**

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/pu-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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लोयी, पत्र, पाठ्यपत्र, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिरक) इन बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आयापन के उद्देश्यों से प्रेषित है सुदूर भवत: आयापन का इच्छा नहीं करता। इन सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लोयी के व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शिरक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझौते योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उकल लेनी/पामने में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निमित्त उकल ले सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्शिरक/सकल हेतु मन्सुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शिथिल करर उकल लेनी/पामने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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 उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल को रोगी के इलाज सुरक्षा और करने वाले को सभी जिम्मेदार लेनी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अर्शिरक की तारीख</p> <p>7/11/26</p>	<p><b>Dr. NEHA</b> (Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) रोग व रर हस्पताल अधिकृत अधिकारी.</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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