


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/0126/0805		APPLICATION DATE: 20/1/26 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mr. Shivray		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 82	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: Late Mr. Buchha		 <p>PASTE PHOTO HERE Part of Post Op - Shivray (0805)</p>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Fatehpur, P.O. Saharanpur, Kurdi Khurd, Uttar Pradesh, 247129				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 52,000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे):		Yes / No हाँ / 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	Dharam Singh	50	M	Son
2	Yogesh	48	M	Son
3	Anil	40	M	Son
4	Pushpa	49	F	Daughter in law
5	Santosh	47	M	Daughter in law
6	Ashish	19	M	Grandson
7	Atul	16	M	Grandson
8	Mayank	11	M	Grandson
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोगका 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - Pseudophacia			
	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 लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तीर्थ सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT: अर्शेक ह्यर घोषण कर:**

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा जवाब गलत एवं सत्य है तो मेरी सहायता विफल हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की है, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर कर)**

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/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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यूजपेपर, पत्र, पत्रिका/पत्र, मुद्रित/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से सुदूर परिचित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रस्ताव सहायता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यूजपेपर अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एल्यू. इसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर ह्यर कर)**

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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य एवं स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/व्यक्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर ह्यर की गई सहायता के विषय में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छित चिकित्सा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति



Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
10/1/20

**Dr. NEHA**  
DMC No. - 58989  
(Name of Dr. & Regit. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
स्थायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
स्थायी हस्ताक्षर 2