


SRE-C-26-01-1055

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/0126/0843		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 20/1/26		 <p>PASTE PHOTO HERE Pre op Post op - Sukhpal (0843)</p>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mr. Sukhpal		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रपति का नाम: Late Mr. Sadhuram		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता Kushanapur, Saharanpur, Jaloda, Pantnagar, Uttar Pradesh, 247453			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास 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 साक्ष्य संलग्न): NA			
PAN No. इमाई खाता 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 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 सम्बन्ध	
(1)	Ramsh	45	M	Son	
(2)	Aakash	38	M	Son	
(3)	Nisha	43	F	Daughter in law	
(4)	Rishi	36	F	Daughter in law	
(5)	Amitav	23	M	Grand Son	
(6)	Saksham	20	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग-प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ 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 प्रतिलेखन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Senile Cataract LE - Total 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 लिख गयी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध कराया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में धारा 1 में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लेना है और न ही लेना चाहता हूँ।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और प्राप्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनपी न्यायो, दान, वाचनात्मक पत्रों के माध्यम से बुद्धी प्रवर्धन और उद्योगिकियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में कालों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इन बातों से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है केवल सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी उसके न्यायो के लिये उत्तरदायी और अधिकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

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

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 की ओर से मामला/रोगी 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 और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनमि तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी सहायता/संस्थान हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेना/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच कर लिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने खर्च को खरी वित्तपोषण रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>20/1/20</p>	<p><b>Dr. NEHA</b> DMC No. - 56989 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाजकर्ता नं. रोज. नं.</p>	<p><i>(Signature)</i> Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--