

SRE-C-25-01-1302



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **S/0125/0845** APPLICATION DATE: **24-1-2025**

NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम: **Mrs. Palle** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **Late Mr. Baljot Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता:
NEAR BALMURI MANSIR, AHIGANAHAN, Nohaita, Dehat, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247452

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता:
same as above.



FASTE PHOTO HERE
Piece of Post of Palle (0845)

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **48,000 (Family Income)** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत जोड़ें): **NA**

PAN No. / पान नंबर: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ADDESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मानें उसे टिक करें): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदनकर्ता से संबंध
(1)	Talwant	52	M	Son
(2)	Mukesh	47	M	Son
(3)	Geeta	49	F	Daughter in law
(4)	Rashmi	45	F	Daughter in law
(5)	Prince	27	M	Grand Son
(6)	Priyanshu	24	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनियम आधार:

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु दिने गए निम्नी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / आणखण/दवाखण से जोड़ी की गई खणखण सूची संलग्न

Diagnosis - RE - Senile Cataract
LE - Senile CATARACT

Surgery - RE - SICS WITH PRIMA

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कहीं अन्य स्रोत से कहीं कहीं है?

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / जो कहीं सहायता कहीं

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने पर:

- 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.
- 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.
- 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 the assistance is requested.
- मेरे ज्ञान के अनुसार मैं यह सब सच बता रहा हूँ। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन को अस्वीकार करने का कारण बन सकता है। मेरी जारी सहायता, यदि कोई है, को भी अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से पुष्टि करता हूँ कि "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैं सहायता की मांग कर रहा हूँ, केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग किया जाएगा।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से पुष्टि करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता की मांग नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने पर):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & details for 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 preclude me from 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.

- मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ से सहमत हो रहा हूँ कि "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैं सहायता की मांग कर रहा हूँ, केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग किया जाएगा।
- मैं (आवेदनकर्ता) और भी सहमत हो रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग "उद्देश्य" के लिए सहायता की मांग करने के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदनकर्ता) और भी सहमत हो रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग "उद्देश्य" के लिए सहायता की मांग करने के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करने पर):

By affixing her/his/their signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

हस्ताक्षर/हस्ताक्षर करने वाले/हस्ताक्षर करने वाली को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मैं या मेरी अस्पताल या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार या बीमा कंपनी से उसी रोगी/रोग के लिए नहीं मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो अस्पताल को सहायता की मांग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी और अस्पताल के बीच की व्यवस्था है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः अस्पताल को रोगी की सहायता हेतु पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व होना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24-1-2025	 Dr. NEHA DMC No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवडी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवडी हस्ताक्षर 2 
---	---