

C 10/12/2025



Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : 5/1218/0925		APPLICATION DATE : 13/12/2018		
NAME of APPLICANT : Puttolal		AGE-YEARS : 76	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sh. Deenanath				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above				
OCCUPATION : Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NA		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Anupurna Devi	48	F	Wife
2.	Sanjay	48	M	Son
3.	Ashish	45	M	Son
4.	Saksham	40	F	Daughter
5.	Pawan	37	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	RE - IMAC			
2.	LE - IMAC			
3.	Surgery - (RE) Siles + col			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.	SCCH			



Pratap Postop

(0925) Puttolal

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक का बयान**

- 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 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज कर दिया जा सकता है।

2) मेरी इस बात का गम्भीरतापूर्वक "अभिलेख" है कि यदि मैं इस सहायता को प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।

3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता के लिये किसी भी अन्य स्रोत/आपूर्तिकर्ता/बीमा कंपनी से न तो रिक्वास्ट कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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 प्रश्न का जवाब हमेशा "हां" या "नहीं" में देना है। (आवेदक) अपनी छाप/हस्ताक्षर करके यह स्वीकार करते हैं कि वे "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और वह जिससे वह सहायता मांग रहे हैं, उसी "उद्देश्य" के संबंध में उनकी जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसकी जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जिससे मैं सहायता मांग रहा हूँ, उसी "उद्देश्य" के संबंध में इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों द्वारा किया जा सकता है।

...au sein des ...

32/11

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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पत्र/रिपोर्ट को "कोशिका फाउंडेशन" को भिजित करवाया हेतु विश्वास की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो हमें या न ही हमारे पास में किसी सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होएगी में हमें या न ही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विश्वासित/विशेष कर को अस्वीकार में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकाधिक हेतु प्रस्ताव को विचार जता है तो अस्वीकार किसी अन्य किसी प्रकार से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वीकार विशेष रूप से प्राप्त होगी/होएगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता वितरित प्रकृति की है। हमें या अस्वीकार द्वारा दो कार्य सहायता या विवेक से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एक सहायता में सहायता का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा व हमें व सहायता प्रस्ताव और हमें जाने को नहीं दिखेगा/दिखेगी को हमें और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Sd/-

मधीकाली मे विपद संसृष्टि

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 96028

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

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[PRINT NAME]

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: TRUSTEE 2

lieve