

STRE - C - 25 - 07 - 0882

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No. : जारीकरण संख्या : S/0725/0279		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14-7-2025		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Nareshno		AGE-YEARS : आयु-वर्ष 65	SEX : लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Late Mr. Parmod		 PASTE PHOTO HERE One of post op Mrs Nareshno (0279)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Sakouli, Shamli, Uttar Pradesh 247223				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 46,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) N/A		
PAN No. : आय कराण संख्या N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर असेस है (जो वास्तव में इस पर सही का निश्चय लेंगे)।		Yes / No हां / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Shamundah	25	M	Son
(2)	Varsha	26	F	Daughter in law
(3)	Mrs. Jay	28	F	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त मुन्नी संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile cataract			
	LE - Pseudophacic			
	Surgery - RE - strcs with pmma			
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 लेई गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें)

- 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 this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा कथन असत्य पाया जाए है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इतना ही स्पष्टता पूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम खर्च कितना किसी अन्य सहायता/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 करार में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू. नाविक, चरन, चरन/या दूसरे उद्देश्य से चुनौती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा मांग लिये गए इन्टर को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध होने के लिये दिये जा रहे हैं, सहायता को हथपायी नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू. नाविकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

(अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप)

 p-self

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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पामने में लूँगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/प्रस्तावित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आवश्यकतानुसार हमें किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यकतानुसार मदद प्राप्त होगी/पामने में लूँगे किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल पर रोगी के इलाज शुरू और अंत करने की सारी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

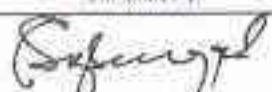
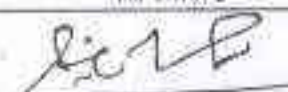
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(स्वीकृति के लिये संस्तुति)

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14-07-2025	 DR. SUNIL VERMA M.D. No. 20034 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SCEN SAHARANPUR नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नयाँ हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नयाँ हस्ताक्षर 2 
--	---