

SRE - C - 25 - 09 - 0296

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0925/0454

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Vinod

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Late Mr. Atan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

108, Subhash Nagar, Un, Un, Punjab, Shamli.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

46,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

(0454)

PAN No. पैन संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दलाल हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / No

हाँ / 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 से संबंध
01	Atan Singh	30	M	Son
	Atan Singh	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इससे अधिक कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - pseudophacole LE - senile cataract
	Surgery - LE - strab with pama

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 इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: מסירת מס מילואים

- DECLARATION by APPLICANT:** मैंने यह घोषणा की है:
- 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 Koshaika 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 reinsurance, in part or in full, from any other surplusplusdays insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं गलत बयान पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी प्रकार यहाँ पर सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिए ही इस्तेमाल करूंगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो किसी अन्य सुरक्षा या जीवन बीमा कंपनी से न तो बिना है और न ही कभीपन मैं नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (10/15/50 400)

- 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/pul-up/produce 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 ज्ञान इसका या जगदीश को ज्ञान लगाना, मैं (अर्पण) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा राष्ट्रीय, राज्य, राष्ट्रीयक द्वारा राष्ट्रीय में सुदी प्रतिनिधित्व और फायदाओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्कर्ष यह होगा कि पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पण) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के बदले में प्रसारित है सुदी मया: सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी को विशेष अधिकार और माध्यमों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हमारा या आपकी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH ONE COPY)

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 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 अध्यापक, हस्ताक्षरी की जोर से धमके-छोटी को "कॉलेजका फायदेमंद" से विनियम लगाया। हुं। विनियमों को जमा है, जिसे हम (हमसेवा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) "यह कि न हो पठोपन और न हो सौम्य में विविध स्थापना किसी नैरासिकी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उच्च संस्थागत में लेने का जो खे है, जैसे कि अपने "कोशिका फायदे" में किसी/कोई/किसी अन्य के साथ या किसी अन्य स्थापना में सहयोग लेने का अतिरिक्त सुविधा रचना है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि आयुक्त विचार्य मरने उच्च संस्थागत में किसी नैरासिकी संस्थान या किसी अन्य स्थापना में नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फायदे" के जो गैर संस्थागत जीवन विविध प्रकृति को है। ऐसी या स्थापना द्वारा जो गैर सौम्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया कर चुकने से ही एवं स्थापना के बीच का विचार है और "कोशिका फायदे" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसीसे स्थापना में ऐसे को हलक सुरक्षा और अपने अपने भी सही विचार/ऐसी एवं स्थापना को होती और "कोशिका" को कोई सुविधा या विचार/ऐसी इस स्थापना में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

रक्षायकृती कं लिप्य संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

55-9.25

Dr. SUNIL VERMA

(DMG) 3-Poliz. Nr. with Stamp!

2025 10 10 10:00 AM

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

युष्म य पद इस्मात्तल अन्त्यत आ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गान्धीक उपचरित्र हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी ठाकुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE

पृष्ठ संख्या 2