

SRE - C-25 - 12 - 0558

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Block of life.

APPLICATION No. : S/1225/0735
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 09-12-25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs. Nishkala
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष : 55
SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mrs. Bijendra
पिता/कटुम्ब का नाम



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Mrs. Nishkala
(0735)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kota Saharanpur, Kota
Uttar Pradesh, 247557

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 Family Income
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. : NA

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

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	Mursh	25	M	Son
2	Kajal	34	F	Daughter in law
3	Chandu	98	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दुग्धभंडा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये गिलों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकेट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा पत्र:

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, void 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 is 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 which this assistance is requested.

घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवश्य पत्र दाख है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 (इस में सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र गया है।
 पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या बाद में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा करार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to 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.

Applicant further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, do not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely on the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

मैं प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी छवि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आयोगों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जो "कोशिका" एक व्यक्ति, दान, धारणा/या दूसरे उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारण के लिए करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के किसी भी अधिकृत अधिकारी द्वारा किया जा सकता है।

(आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतंत्र सहायता का इंतजार नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 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:
 At no time, either presently or in future, will we 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 declaration 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 bear the sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताओं को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 हम किसी भी समय और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/पान करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/पान उधार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा उधार अन्य और सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उधार लेने/पान करने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आगे जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery परेक्षण की तारीख 09-12-25	 Dr. Monika Jasrotia (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इलाका 2 
--	---