


SRE - 1-21-01-0383

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/1995/0738		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 09-12-25		 <p>PASTE PHOTO HERE Pore opposite of Mrs. Kunta (0738)</p>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mrs. Kunta		AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम Mr. Ramkishan Gupta		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तु अवसारी पता House No.: 0, Village: Chhurna, Bahadurpur, Uttar Pradesh, 207790			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवसारी पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 47,000 (Family Income)		ATTACH PROOF OF INCOME (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. सर्वो खाता संख्या NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर खड़ी का निरान लगावे)		Yes / No हाँ / 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)	Rajendra	35	M	Son	
(2)	Vishakha	32	F	Daughter	
(3)	Rajni	36	F	Asianda Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract				
	Surgery - LE - STCS 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 तो गई सहायता राशी			

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा 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, 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.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन असाब प्रमाण है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रकम ले ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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.

I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, does 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.

मैं इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर (अर्शेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, उनके "कोशिका" एम्प्लू न्यूसी, दान, धारणा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करने के लिए अधिकृत हों। मेरी घोषणा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है। (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों से प्रकाशित है मुझे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं करता। इस घोषणा में मेरा "एम्प्लू न्यूसीयों" का विवरण अंतर्गत और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेदक का अंगुठी का निशान



**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:

1. 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 information 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 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 नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं। 1. हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद, उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं संभव है।

"कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्राप्त करना चाहते हैं। हमें स्पष्ट है कि हमें उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस घोषणा में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery रोगी की तारीख 09-12-25	 <b>Dr. Monika Jasrotia</b> DMC No. - 5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--