

SRE - C - 25 - 19 - 0649

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)		Koshika Foundation Building Block of Life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/1295/0740	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 10-12-25			
NAME of APPLICANT : अवेदक का नाम Mrs. Rekha Rani	AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Mr. Rajbeer				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Sherpan, Sherpani, Saharanpur Uttar Pradesh, 247457				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय 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. स्याई अका संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No 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)	Jagan	35	M	Son
(2)	Hemant	30	M	Son
(3)	Rohini	36	F	Daughter in law
(4)	Shakti	39	F	Daughter in law
(5)	Bahub	16	M	Grand son
(6)	Ravi	18	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्तित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी रेखा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्तों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन 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 ली गई सहायता राशी		



PASTE PHOTO HERE  
Paste of postop  
Mrs. Rekha Rani  
0740

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना)**  
 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अपन अक्षत प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहस्यता निरस्त की जा सकती है।  
 मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से लेती जा रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।  
 पुष्टि करता हूँ कि मैंने स्थापित हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हितत्व किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)**  
 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 ideas/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.  
 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.  
 मैं प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, धन, सचक/या दूसरे उद्देश्य से कुछी वित्तिय/वित्तिय और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम द्वारा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासे अधिकृत है।  
 मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थना है प्रकृत है: सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासे का निर्णय लेगा और वाप्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठों का निशान


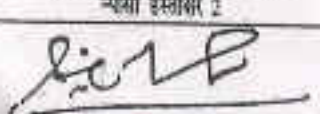
 p-self

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)**  
 In fixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:  
 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. 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 be 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, हस्ताक्षरों की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कल्पना व स्वीकार करते हैं।  
 हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/विनियमित सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसबल अन्य और सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के द्वितीय पर्यटन उक्त रोगी/मामले हेतु किसी एकरी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।  
 "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल का ही विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अपने जाने की जारी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल रोगी और "कोशिका" की कोई भी पुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery परिचर की तारीख <b>10-12-25</b>	 <b>Dr. Monika Jastrotia</b> <b>DMC No. 5208</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामी हस्ताक्षर 1 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामी हस्ताक्षर 2 
--	---