

SRF- C- 25- 01- 0574

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE:		(Healthcare)		Koshika Foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0125 / 0801		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 11-1-2025		 PASTE PHOTO HERE Part of Part of Balwan (0804)	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Mr. Balwan		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : Late Mrs. Shugan					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : Village - Sundarpur, Post Office - Sundarpur, Chutmalpur, Chutmalpur, Shahdarpur, District - Punjab		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : 247662			
OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 47,000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA			
PAN No. पैन नंबर : NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) :		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)	Rakesh	50	M	Son	
(2)	Munish	48	M	Son	
(3)	Munish	34	M	Grand Son	
(4)	Munish	25	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गर्व निशानों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न				
Diagnosis - RE - Cataract LE - Total Scleral Cataract Surgery - LE - PHACO WITH PMMA					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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, void/forfeiture/invalidation.
- 2) 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.
- 3) 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानते तब तक यह बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता पूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का होंगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाण को नहीं है, उस व्यक्ति का, अधिकतम या समस्त निम्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण):

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/post/communicate 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 को अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सत्यापन (हैं) (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एकत्र, प्रचार, प्रकाशित, दूरदर्शन से दूरदर्शन या अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यमों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का निष्कर्ष को इसका कोई फलने से कम से कम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) एक बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है कुछ सेवा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र, प्रचार, प्रकाशित या अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित और सहायता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र, प्रचार, प्रकाशित या अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित और सहायता नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण):

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) 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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर को जोड़ने के द्वारा/मुद्रा को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम (हस्पताल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने का होंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रमाणित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी सहायता संगठन से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेने/लेने/लेने।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा रोगी को सहायता से लेने का सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने चर्चा को सही विनिर्देशों के साथ हस्पताल को सही और "कोशिका" को सही दृष्टिकोण को विनिर्देशों इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11-1-2025	 Dr. Prashant Jain DMC No.-109387 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व चिह्न	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	