

SRE - C - 26 - 02 - 0469

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building School of Life	
APPLICATION No.: S/0226/0893 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/02/26 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Mr. Suresh Kumar आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 66 आयु-वर्ष	SEX: M लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late. Mr. Puran Chand पिता/पति का नाम		 PASTE PHOTO HERE Part of post of Mr. Suresh Kumar (0893)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बटमान आकाशवाणी पता house no 243, Ambala Road, Sansa, Haryana, 151001 Uttar Pradesh, 247239			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवसोय पता same as above			
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 46,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्येक को उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Ankit	25	M
2	Rachit	23	F
3	Amit	22	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध Son Daughter in law Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - pseudophacic LE - senile cataract		
	Surgery - LE - SICs with PMMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लें गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्रा को भेज रहा हूँ, इस राशि का वैशेषिक या समकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/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 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यूसी, पत्र, पापत्र/यह दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी छाप के पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यूसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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) 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रयत्न/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न भरोसा करने है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से वकाल होगी/पावले में लगे का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिक/पावले हेतु मन्सुख नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य निर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिग्रीय करत उस रोगी/पावले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं ले रहा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई वृत्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

09/02/26

Dr. NEHA
DMF No-58989

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रार नं दर्ज न

Dr. Shroff's Charity
Sataranjan Hospital

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

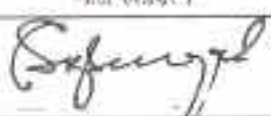
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूसी हस्ताक्षर 2

