

SRE - C - 26 - 02 - 0486

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0226/0902		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10/02/26		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Tamijan		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम Late. Mr. Tkhel				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Tabhen Tabhen Saharanpur Uttar Pradesh 247442				
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. स्थाई खाता 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 चिह्न लगाएं):		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 संबंध
(1)	Infant	35	F	Son
(2)	Rashida	39	F	Daughter in law
(3)	Abdul	39	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न 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) उपभोग्य 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 - 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: अभियेक इत घोषणा तः

- 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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विज्ञापन एवं कश्त-अस्सम चला जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि जिस सहायता से वह उपार्जन की गई है, उस दत्त का अधिकतम प्रत्यक्ष दिखाने बिना अन्य प्रोत्त/निवेदन/वीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করণ ব্যক্তি)

- 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

नारियण के इस्तेमाल या अंगूठे का निशान



p- self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित हुआ-बयान)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, इसकाधरी को जोर से सामने-पेछे को "कॉलेजका फाउन्डेशन" से क्लियर कराया होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तशाला) निम्न प्रकार से पाना व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि व तो लक्ष्य और व ही अधिक में विविध सहायक किसी गैर आकाशी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त योग्यताओं में से कोई या तो रहे है, जैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विनिर्देश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्देश आशिक/संस्था हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो असाफल किसी अन्य गैर आकाशी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन में सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थायी द्वितीय मरत उक्त योग्यताओं हेतु किसी गैर आकाशी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक प्रेषित विविध प्रकृति की है। लेगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायक या किये गये उपचार/क्रिया का चुनाव योग्य एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में योग्य के इच्छा दुखा और जाने जाने की सारी विमोचनी लेगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई अधिक या विमोचनी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अभिराम को ललक

20/02/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989
(Name of Dr. & Reg. No.)

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

डाक्टर का नाम य प्रयोगाणा य एचि. र.



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

चक्र व सुद हस्तान्त अधिकृत अधिवासी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION অন্তরিক ব্যবহার হৈত

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो ह्यग्राह्यः ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मात्रे ह्येव २

Rich