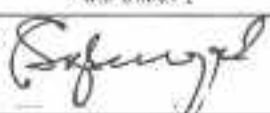


SRF - C - 26 - 02 - 0701

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S/0226/0905 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/02/26 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: Mrs. Ful Mati आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 66 उम्र (वर्ष):	SEX: F लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late. Mr. Madan पिता/सहोदर का नाम:		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Ahmadpur Abt, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247452 वर्तमान आवास पता:		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवास पता:		PASTE PHOTO HERE Box of Postop Mrs. Ful Mati (0905)		
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Family Income) कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का सक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. (आपका 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 लगायें):		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)	Raghuveer	35	M	Son
(2)	Gulmihal	32	F	Son
(3)	Bachha	30	F	Daughter in Law
(4)	Himanshu	28	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटिबी कार्ड 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 सक्ष्य	
"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 प्रमाणपत्र सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Pseudophakic 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 लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्बंदक द्वारा भेजना पड़े) 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रयत्न की गई है, उस राशि को अतिरिक्त या समकाल विस्थापित किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्बंदक 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 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. 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 अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्बंदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रसार, नवीनी, दान, मान्यताएं मेरे उद्देश्य से तुम्हरी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मैं इत्यादि के पहलें या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (अर्बंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्बंदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यहाँसे/यहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेनी या लेनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अस्वीकार/समकाल हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मिता द्वितीय प्राप्त उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/लेनी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यदि प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्कार	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/02/24	 DR. NEHA DMC No. - 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारक्षित उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 