

SRE - C - 26 - 02 - 0687

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: S10226/0908 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/02/26 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Mrs. Savitri आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष: 69	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late. Mr. Dhanupal पिता/सहोदर का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता badgoun, Waldanpur, Gangoh Majbata, Dehat, Saharanpur, Uttar Pradesh 247343		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Pre op post op Mrs. Savitri (0908)		
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 49,000 Family Income कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्वयं का आय संपन्न NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल 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)	Vijendra	35	M	Son
(2)	Anita	29	F	Daughter in law
(3)	Surin	18	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 - 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 तो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 5) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्रिका की गई है, उस पर किसी का अतिरिक्त या समकालीन हस्तान्तरण किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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. 3) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यूज, पत्र, पाचन/व्यक्तिगत उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निष्पत्ति मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यूज अधिकृत है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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. इनको अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंधितों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगने में लगे या न हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय तक के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अस्वीकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और पर्याप्त संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होगी/मांगने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/उपक्रिया 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 को इलाज सुझा और उसे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/02/26	Dr. NEHA DMC No. 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल का नाम, पद, हस्ताक्षर और अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	