

SRE - C - 26 - 02 - 0953



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: S/0226/0918		APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: 13/02/26		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mr. Guljari		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवर्धन का नाम: Late. Mr. Buchana Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: Thakur Shamli, Sasana, Left, Mast Road, Uttari, Pradesh, 347776				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: Same as above		PASTE PHOTO HERE / यहाँ फोटो चिपकाएँ: Pre op post op Mr. Guljari (0918)		
OCCUPATION / व्यवसाय: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 46,000		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): NA		
PAN No. / आयकर पहचान संख्या: NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएँ): Yes / हाँ		
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
(1)	Sasana	32	M	Son
(2)	Ranjit	39	M	Son
(3)	Sunil	27	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनिर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / नीचो रकम के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / इलाका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / सन्धान/प्रासक्रिया के साथ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए पहले अन्य सहायता किये जाने वाले से कितना राशि मिले?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 reimbursements, in part or in full, from any other source (definitely/indefinite company, of the amount for which this assistance is requested)
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मेरी या मेरी पत्नी, बच्चा, परिवार आदि को प्राप्त की हुई या मिलने वाली सहायता, जो इस फॉर्म में बतायी गयी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं या मेरा परिवार केंद्र से प्राप्त की गयी सहायता को किसी अन्य स्रोत (निश्चित/निश्चित नहीं) से प्राप्त करने के लिए या पूर्ण रूप से सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to (re-publish/relate) 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 प्रमाण पत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मेरी और मेरे परिवार का पता मेरे परिवार के, मेरी "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त की गयी सहायता को प्रचारित करने के लिए या पूर्ण रूप से सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मेरी और मेरे परिवार के विवरण को किसी अन्य स्रोत से सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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, in 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.
- हमसे अधिकृत, इससे नीचे की ओर से अनुमोदित करने "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता को खारिज करते हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे हॉस्पिटल और कभी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए या पूर्ण रूप से सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त की गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार को सहायता के लिए या पूर्ण रूप से सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपराध की तारीख
18/02/2024

DR. NEHA
DMO No. 58989
Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व इलाका का पता



Signature & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा किया गया)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आवेदक द्वारा किया गया)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आवेदक द्वारा किया गया)
	