


SRE - C - 26 - 02 - 1174

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation BUDH GATE OFFICE	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S10226/0929		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 16/02/26		
NAME of APPLICANT / आवेदन करेवाला : Mr. Kanwarpal		AGE-YEARS मास-वर्ष : 66	SEX लिंग : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रक का नाम : Mr. Murti				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Manari, Nalhera, Gujjari, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247653				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Same as above		PHOTO ATTACHED Piece of Post op Mr. Kanwarpal (0929)		
OCCUPATION / व्यवसाय : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 46,000		(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण प्रदान करें : NA		
PAN No. / आय कराण संख्या : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम से उस पर कड़ी का चिह्न लगाएं) : <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No				
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करेवाले का संबंध
01	Mamta	35	M	Son
02	Ambika	29	F	Daughter in Law
03	Sonu	18	M	Wife of Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (आय या जी डब्ल्यू डी प्रमाण के)		BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्न अथवा खाद्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / दरजीका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विधि एवं विधियों का उद्देश्य				
Sr. No. / क्र. 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 AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है				
Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / से प्राप्त सहायता का राशि		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करेबा):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में कहा गया है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि मैंने भविष्य में न तो किसी भी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से न तो रिसीव किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करेबा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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/developments. 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.
- (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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोटा की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, भव्यता/या दूररे दूरदर्शन से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम अथवा माध्यमों के लिए प्रसारित है। मैं प्रपत्र पर लिखला मेरे हस्ताक्षर के अभाव में या बाद में किसी भी माध्यम "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे प्रसारित कर सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके गतिविधियों का निर्माण अधिकृत और सम्पन्नकारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

 p. self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करेबा)

- 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:
- 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.
 - 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 और से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किराये प्रस्ताव में प्राप्त न अथवा नहीं करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त न सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है, रोगी या हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किराये उक्त उपचार/उपचार का सुचारु रूप से प्रदान करने के लिये न ही प्रभाव है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुचारु और अन्य कानों की सभी गतिविधियों को पूरा हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई भविष्य का निर्माण इस सहायता से नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
संस्कार की तारीख

16/09/26

DR. NEHA
DMC No. - 58989

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.



Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital
नाम व पद उपस्थित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2