

SRE - C - 26 - 02 - 1979

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. (आवेदन क्रमांक) S/0226/0982

APPLICATION DATE (आवेदन तिथि) 17/09/26

NAME OF APPLICANT (आवेदनकर्ता का नाम) Mrs. Shiksha Devi

AGE-YEARS (वय-वर्ष) 70 SEX (लिंग) F



FATHER/SPOUSE'S NAME (पिता/सहोदर का नाम) Late. Mr. Nandb Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का पता) Chandow, Mahaba Post, Badganwa, Naraula Dehat, P.O. Naraula, DIST. Sakharanpura, Uttar Pradesh, 247452

PASTE PHOTO HERE (यहाँ फोटो चिपकाएँ)
Photo of post op Mrs. Shiksha Devi (10982)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता) Same as above

OCCUPATION (व्यवसाय) Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 48,000 (family Income)

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. (आय कर का पता) NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (क्या आप आय कर का दाता हैं? (यदि हाँ तो उस पर चर्चा करें और यदि नहीं तो रिक्त रहें।) Yes / No /

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वय (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदनकर्ता के साथ संबंध)
(1)	Sumit	33	M	Son
(2)	Minakshi	31	F	Daughter in Law
(3)	Manu	19	M	Widand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) (आधार के तहत विवरण उत्तर दें)

BPL Card (Aash Card Copy) (सीपी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जमा करें।))	BWS Certificate (Aash Certificate Copy) (आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जमा करें।))	Ration Card (Aash Copy) (प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जमा करें।))	Any Other (Aash/Other) (अन्य कोई प्रमाण)
-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (आधार के तहत विवरण उत्तर दें)

Sl. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions ATTACHED (उपचार/दवाइयों से संबंधित चर्चा/निर्देशन प्रदान करें।)
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - STCS With PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (यदि आपका कोई अन्य स्रोत से आसानी मिली अन्य स्रोत से प्राप्त करें।)

Sl. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (की प्रमाण पत्र)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा केलया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण या संख्या अमान्य पाया जाता है तो मेरी आवेदनिका विनाश की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो किसी भी अंश में न ही सम्पूर्ण में मुझे

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा केलया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/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/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रश्नपत्र में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" को अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की पूर्ण शक्ति दी जायेगी और कोशिका फाउण्डेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की पूर्ण शक्ति दी जायेगी। इस उपयोग का उपयोग कोशिका फाउण्डेशन द्वारा किया जा सकता है, जो मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी किया जाता है।
- मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मुझसे किसी भी प्रकार के अनुरोध के प्रसारित किया जा सकता है। मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण को बिना मुझसे किसी भी प्रकार के अनुरोध के प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा केलया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate/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.

हार्थी अतिरिक्त, हस्ताक्षर की संकेत में यहाँ दर्शाए गए "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रश्नपत्र में केलया गया है।

- 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.

हार्थी अतिरिक्त, हस्ताक्षर की संकेत में यहाँ दर्शाए गए "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रश्नपत्र में केलया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/02/2024	<p>DR. NEHA DMC No. - 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Dr. Shroff's Hospital Mandir, Sector 29, Gurgaon Stamp of Authorized Signatory (In behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का निशान</p>
---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत इस्तेमाल हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी उत्तरदाता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी उत्तरदाता 2