

SRE - C - 26 - 02 - 1509

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : S10226/0941

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि 19/02/26

NAME of APPLICANT : Mrs. Krishna

AGE-YEARS 55 SEX F



FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Prem

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : House No. 125, Chhatra, Chhat Heria, P.O. Budhakheria, Dist. Saharanpur, Uttar Pradesh, 247237

PASTE PHOTO HERE  
Part of post of Mrs. Krishna (0941)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED /  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 (family Income)

(Attach Proof of Income) NA

PAN No. (आपके पास PAN है या नहीं) NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No  No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
(1)	Ravi	35	M	Son
(2)	Rashmi	33	F	Daughter in Law
(3)	Kehan	16	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> BWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मारें किसे का उद्देश्य

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे की जा चुकी है किसे किसे से

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शन द्वा. करण कर)

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एक कल्पन अथवा गलत सच बताए है तो मैंने आवश्यक निष्ठा को नज़रअंदाज़ नहीं किया है।
  - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहाय, उसी उद्देश्य के पूर्ण में सिम्त किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
  - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना नहीं की है। इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिले सहायता के लिए न ही सहायता के लिए।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शन द्वा. करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
  - 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (अर्शनकर्ता) अर्शन करने वाले के नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" का उपयोग इस उद्देश्य के लिए कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता के लिए है। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में किया जा सकता है।
  - मैं (अर्शनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" का उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में किया जा सकता है। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता के लिए कर सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**  
अर्शनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL** (अर्शन द्वा. करण)

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 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.
- 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.

इस प्रकार यहाँ, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा अर्शन करने वाले के नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु प्रार्थना की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिम्त कर लेते हैं।

- यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता से प्रभावित नहीं होता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अर्शनकर्ता के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शन करने की तिथि <b>19/02/20</b>	Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp अर्शनकर्ता का नाम व इलाका नं. सह <b>Dr. NEHA</b> DMC No-58989	Seal of Authorized Signatory (Seal of Hospital) अर्शनकर्ता के अधिकृत हस्ताक्षर <b>Charity Eye Hospital</b> Mamhat, Gandhinagar, Mumbai & State of Authorized Signatory (Seal of Hospital) अर्शनकर्ता के अधिकृत हस्ताक्षर
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शन द्वा. करण)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम (अर्शनकर्ता) 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम (अर्शनकर्ता) 
--	--