

SRE - C - 26 - 02 - 1815

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika FOUNDATION Creating hope in life	
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : S/0226/0956		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 24/02/26		 <p>PASTE PHOTO HERE One of post of Mr. Satpal (0956)</p>	
NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम : Mr. Satpal		AGE/YEARS / उम्र-वर्ष : 61	SEX / लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Mr. Jay Singh		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Maheshpur, Nanauta, Dehat, Saharanpur, Nanauta, Uttar Pradesh, 247452			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : Same as above					
OCCUPATION / व्यवसाय : Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 46,000		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) : NA			
PAN No. / आय कर पहचान संख्या : NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या सही का विकल्प चुनने) :		Yes / हाँ		No / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदनकर्ता से संबंध	
(1)	Subhad	37	M	Son	
(2)	Anjali	33	F	Daughter in law	
(3)	Manish	38	M	Wife and son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनोद आधार :					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विनोद का उद्देश्य :					
Sr. No. / क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाखतों के जारी की गई प्रतिलिपि संलग्न करें			
		Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract			
		Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES / क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता स्रोतों से प्राप्त हो चुकी है?					
Sr. No. / क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / कितना सहायता प्राप्त है?	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थी द्वारा घोषणा):

- 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथम झूठा सत्य घोषणा है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस ले लिया जा सकता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी मदद नहीं ली है, अन्य उपकरण सही प्रकार से पूर्ण से लिए बिना उपयोग, जो इस प्रकार में मांग रहा है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस मदद के लिए या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद के लिए या भविष्य में मदद के लिए नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थी द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/modify/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 प्रश्न में मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा जो इस आवेदन, मैं (अर्थी) जल्दी स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को सौंपकर कहा है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में सही हैं, उसे "कोशिका" फंड में जारी, दान, यात्रा/यात्रा दूर पर्यटन में मुझे सौंपना और जानकारी को सौंपना कि मैंने इस मदद के लिए अनुरोध किया है। मैं इसका उपयोग केवल इस उद्देश्य के लिए ही करूँगा/करूँगी जो मैंने इस मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सौंपा था।
- 4) मैं (अर्थी) इस बात से स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों को सौंपना है। मेरा स्वीकार है कि "कोशिका" फंड, मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सौंपना के उद्देश्य से मुझे सेवा, सहायता या उपकरण को सौंपना इस प्रकार में "कोशिका" फंड, मेरे भरोदारों या किसी भी भरोदारों को सौंपना है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्थी के हस्ताक्षर या बाएँ 엄ूँ के छाप

 P. self

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

- 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, 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.
 - 3) मैंने स्वीकार, हस्ताक्षर करी और मैं स्वीकार करूँगा/करूँगी कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान के साथ में स्वीकार करते हैं।
 - 4) मैं स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता किसे भी सौंपना सौंपना या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/सहायता में लेने या लेने के लिए किसे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किसे है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु सौंपना नहीं किया जाय तो मैं सहायता किसे अन्य वित्त-सहायता केवल या किसी अन्य सहायता में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस मुद्रा में स्वीकार किया जाय है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु सौंपना है।
 - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय सहायता की है। यदि मैं सहायता प्रदान की जाय तो मैं स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मैंने सहायता केवल वित्त प्रदान के साथ में स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सौंपना सहायता का कोई सहायता नहीं है। इसलिए सहायता में लेने के साथ में सहायता की, मैंने स्वीकार करूँगा/करूँगी कि मैंने सहायता से सौंपना किसे "कोशिका" से कोई सहायता या वित्त-सहायता इस प्रकार में नहीं करूँगा/करूँगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
24/02/24

DR. NEHA
DMC No-58989
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम या इस्तेमाल के साथ में


Signature & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital
नाम व छाप हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक द्वारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक द्वारा 2
	