

SRE-C-26-03-0180

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life			
APPLICATION No.: S10326/0966		APPLICATION DATE: 6/3/26			
NAME of APPLICANT: Mrs. Sita Devi		AGE-YEARS: 52	SEX: F		
FATHER/HUSBAND'S NAME: Mr. Gulab		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op - Sita Devi (0966)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 513037, NITRAI, KALI MANDIR, KASHA VILHAR COLONY, Sahasrampur, Sahasrampur, Uttar Pradesh					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above					
OCCUPATION: Home Maker					
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
FAN No. (आय का स्रोत): NA		(Attach Proof of Income) NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
सब आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही कर चिह्न लगावे)		हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1	Gulab	54	M	Husband	
2	Harish	28	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
Diagnosis - RE - senile Cataract LE - Pseudophacia Surgery - RE - STCS with PMMA					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: मंडलेक ह्या घोषणा कर:

- 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात का यकीन है कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मैं, उपरान्त उल्लेख की उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्राप्त करूँगा, उसे इस प्रारूप में नष्ट नहीं करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रारूप की राशि को, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे को छाप साजकर, मैं (अर्जदख्त) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासी, दान, सामग्र्य वृत्तों उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को सिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अतिरिक्त है।
- 2) मैं (अर्जदख्त) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

लाभैद्यक में हाताका या अंशते का निदान

() psf

AGREEMENT by HOSPITAL (हमारे द्वारा कएल)

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, 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.
- 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.

हमारे जीवन में, हमारे अंदर की आत्मा से सामने आने वाले "अज्ञान" को "अज्ञान" कहते हैं। अज्ञान को अज्ञान ही कहते हैं, जिसे हम (अज्ञान) जितने प्रयास से समझें व समझें, उतने ही।

1. यह कि न तो बर्बरता और न ही अधिपत्य में विविध सहायता मिलती है। साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी/पासले में लेने का ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपारिजिबिलि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती बर्बरता/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में धन्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उक्त ऐंटी/पासले हेतु किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐंटी का हमसाल द्वारा ही का रहता था किने लगे उपचार/प्रक्रिया का सुवच ऐंटी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐंटी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हमसाल की होती है। "कोशिका" की कोई अधिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

6 | 3 | 26

Dr. NEHA
DMC No. - 58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हाथपल व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on Behalf of Hospital)
बम ब पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इत्यादि ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

list