

SR-C-26-03-0326

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building back of life.		
APPLICATION No.: S10326/0974		APPLICATION DATE: 9/13/26		
NAME of APPLICANT: Mrs. SANTOSH		AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 67	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Dayaram		PASTE PHOTO HERE		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SARAKANI, SHUKH, VTC: SARAKANI, SHUKH, PO: Saharianpur, Sub Dist: Noida, District: Saharianpur, State: Uttar Pradesh, PIN: 201301		Puroop Post op SANTOSH (0974)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above				
OCCUPATION: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 49,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. एवं/या सत्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No हा / 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)	Manoj	47	M	Son
(2)	Saifullah	36	M	Son
(3)	Shahid	38	F	Daughter in law
(4)	Farhat	29	F	Daughter in law
(5)	Ashraf	20	M	Grand Son
(6)	Gustash	05	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवेकी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis- RE- Senior Cataract LE- Senior Cataract Surgery- RE- SPES WITH PHAKA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिल भी सकती है।
- 2) मैं इस बात का समर्थन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, उस राशि का अर्थिक या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

- 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चर, ध्वज/चक्र द्वारा उद्देश्य से कुछे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या चर मेरे करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की और से समर्थन/पुष्टि की "कोशिका फाउंडेशन" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

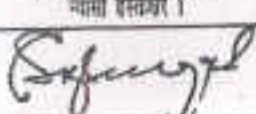
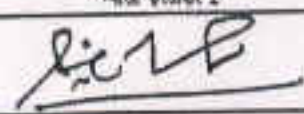
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी संस्था की संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पुष्टि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता को किसी अन्य संस्था/स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

- 2: "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने उपलब्ध/प्रतिष्ठा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप सुख और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/3/26	Dr. NEHA DMG No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--