

SRE-C-26-03-0327

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S/0326/0975		APPLICATION DATE: 9/3/26		
NAME of APPLICANT: Mr. Hukum Singh		AGE-YEARS: 64	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Jeearam				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sahakadi Shekh Janta Road, Sahakadi, Sahakadi, Hapur, Paradesh, 207001		PASTE PHOTO HERE pre op Post op - Hukum Singh (0975)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above.				
OCCUPATION: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. (यदि छाता संख्या): NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
नया आय आय कर छाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)		हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Santosh	62	F	Wife
(2)	Sakshi	38	M	Son
(3)	Vijay	37	M	Son
(4)	Kathna	36	F	Daughter in law
(5)	Gunjan	09	F	Grand Son
(6)	Vijay	05	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये 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 - pseudophacic			
	Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी महापात्रता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को महापात्रता दस्ता "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस महापात्रता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य ग्राहक/निर्धनकारी/कम्पनी से न को लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.

- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चित्र की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्ता में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम. एन. आर. द्वारा, या अन्य किसी भी माध्यम से, वार्तालाप, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापात्रता के दस्ता में प्रकाशित हैं, उनके द्वारा महापात्रता का हस्ताक्षर नहीं किया जा सकता। इस दस्ता में "कोशिका" एम. एन. आर. उनके न्यासी को निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप


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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, जिससे कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चलाया जाने वाला उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इससे कि हस्पताल को रोगी के हस्तक्षेप और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

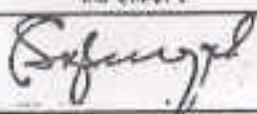
9/3/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989

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

Koshika's Charity Foundation
Charity
Registration No. 1234567890

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
