SRE-C-26-03-0499

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्राकृप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या :	S/0326/0982
APPLICATION DATE : / आवेदन तिथि	11/3/26
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम	Mrs. Dulari
AGE-YEARS आयु-वर्ष	61
SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम	Late Mr. Rajkumar

PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Dulari
(0982)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

HOUSE NO - 107, HARNAMGADH, Lakhnot Must, Saharanpur, Uttar Pradesh - 247341

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय	Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	~~MARRIED~~
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय	78,000 / (Family Income)
Attach Proof of Income / (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)	Yes / No — हाँ / नहीं (No ticked)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	Naresh	35	M	Son
(2)	Usha	29	F	Daughter in law
(3)	Naman	11	M	G.Hand Son
(4)	Prince	03	M	G.Hand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा 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) / उपभोक्ता 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 - Total Cataract LE - Senile Cataract 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 / ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT : आवेदक 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 [illegible] सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) [illegible] "कोशिका फाउंडेशन", [illegible] की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
3) [illegible] किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो 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 it's Trustees to use/print/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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) [illegible] मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और [illegible] "कोशिका" [illegible] के लिये किसी भी प्रकार [illegible] के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) [illegible] कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण, [illegible] मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बन्ध में "कोशिका" [illegible] का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Pself

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल 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 [illegible] 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.

[illegible] "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।
1) [illegible] किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में [illegible], जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" [illegible] "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा [illegible] यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता [illegible] मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल [illegible]
2) "कोशिका फाउंडेशन" [illegible] रोगी या अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल [illegible] "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये अस्पताल ने रोगी के इलाज [illegible] की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल [illegible] "कोशिका" की [illegible] जिम्मेदारी या [illegible] नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	Dr. NEHA DMC No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.	Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Manani Saharanpur (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद अस्पताल अधिकृत अधिकारी
11/3/26		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
[signature]	[signature]