

GRE-C-26-03-0519

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. S/0326/0985		APPLICATION DATE: 12/3/26	
NAME of APPLICANT: Mrs. SUKHBIRI DEVI		AGE-YEARS: 70	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: Late Mrs. Rameshwar Parshad		 PASTE PHOTO HERE Pm op Post op SUKHBIRI DEVI (0985)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1 B-7069, NAVEEN NAGAR, Saharanpur, Uttar Pradesh - 247100			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) NA	
FAN No. NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
FAMILY DETAILS			
Sl. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Ramesh	50	M
2	Madush	48	F
3	Santosh	33	F
4	Chubham	24	M
5	NR hel	23	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPI Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Diagnosis - RE - Senile Cataract			
LE - Senile Cataract			
Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby confirm that all entries in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for suspension/termination.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई झूठा कथन मिल पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद ली है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अपना कोई भी खर्च, इस रोग या अंगण के संबंध में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- 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.

- इस तरह मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" प्रत्येक नाम, पता, फोटो/विवरण से लोगों को जानकारी दे और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सकें। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस रोग या अंगण के संबंध में किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेने से इनकार कर दिया है और "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने की इच्छा है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के अर्थ में प्रकाशित है उसे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा ली गई मदद का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का छाप)



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Hospital) hereby agree & accept following:
- I (Hospital) confirm that we are presently not or will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requested to do 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 assistance shall be used only for the purpose for which it was requested.
- 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 between the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume all & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this regard.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद ले सकते हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता के लिये सिफारिश की नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद ले सकते हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता के लिये सिफारिश की नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद ले सकते हैं।

- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता दी जाती है, उसे हम (हस्पताल) ही ले सकते हैं। हमें यह सुनिश्चित करना है कि हमें सहायता दी जाती है, जो हमें सहायता देने के लिये सिफारिश की नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद ले सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/3/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989

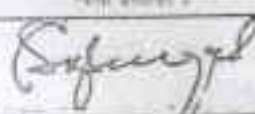
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व डॉ. नं.

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इलाका 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इलाका 2

