

SRE-C-26-03-0587

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: S/0326/0989		APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 12/3/26		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mrs. SHIKSHA		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 69	SEX / लिंग: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Late Mr. Jasvant				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: CHATRI WILDA KUA, MANAKMAU, Sahasranchur, Sahasranchur, Uttarakhand, 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker		MARRIED / विवाहित / UNMARRIED / अविवाहित: ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: NA		(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न: NA		
PAN No. / पैन संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं: ☒ ☐				
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Priadeep	40	M	Son
(2)	Deepak	38	M	Son
(3)	Shiksha	69	F	Daughter in law
(4)	Pooja	36	F	Daughter in law
(5)	Aakash	26	M	Grand son
(6)	Manjit	24	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): / सहायता के लिए चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / जिनकी सेवा के नीचे प्रमाण पत्र (अनुदान पर भी प्रमाण पत्र संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी प्रमाण पत्र संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र भी प्रमाण पत्र संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे परे बिमारी का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
Diagnosis - RE - senile Cataract LE - pseudophacia				
Surgery - RE - PHACO WITH PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इन 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 राशि	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा संकेत पत्र):

- 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.
- 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 संकेत कर रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पक्षों में से कोई एक सहायता मिलने की या नहीं है।
- मैं इस बात को यथासंभव सचि "कोशिका फाउंडेशन", को भी बता रहा हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ संकेत कर रहा हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी भी तरह से, इस राशि का वापस या संतुलन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/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.
- (Applicant) further agrees 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और प्राप्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रेषित करें, इस "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी जानकारी के अनुसार यह इस्तेमाल मेरे पालने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के लक्ष्यों के लिये किया जाएगा।
- (आवेदक) इस बात से सहमत है कि वेदक नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी गतिविधियों का निर्माण अधिकृत और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं अंगुली की छाप।

 self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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.
- हमारे अंगुली छाप, हस्ताक्षर की और से यहाँ प्रेषित की "कोशिका फाउंडेशन" को भविष्य में सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) भविष्य में यहाँ से सहायता नहीं करेंगे।
- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता मिलने के लिए सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अवस्था/प्रकार हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति में अन्य कदाचित् कि सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने हेतु किया कि सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने हेतु किया।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता लेने भविष्य में प्रदान की है। यदि पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का किने सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और उसे जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती हैं और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

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 हासिल व छाप

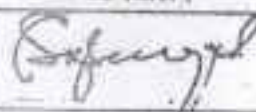
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

जब व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION वार्डन/उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

