

SRE-C-24-07-0715

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: S1032610994		APPLICATION DATE: 12/3/26		
NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले: Mrs. Ramkali		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 59	SEX / लिंग: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Mr. Dhyan Singh		 PASTE PHOTO HERE Post op - Ramkali (10994)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Dimaipur P.O. Bihani, Chitmalpur, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247662				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. / आय कर संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का भुक्तान करने वाले हैं (को सही से चिह्नित करें):		Yes / No हाँ / नहीं: ☒ No		
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 आवेदन करने वाले से संबंध
(1)	Dhyan Singh	60	M	Husband
(2)	Vipul	38	M	Son
(3)	Sumit	33	M	Son
(4)	Akash	38	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीब, BPL के मानक अनुसार है (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Pseudophacia LE - Total Senile Cataract			
	Surgery - LE - 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय ग्रुप संस्था नर

- 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.
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.
2) 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.
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा झूठा है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
4) मैं इस बात का आश्वासन दिलाता हूँ कि मैं "वैयक्तिक उपयोग" के लिए यह सहाय्य प्राप्त करूँगा। मैं इस सहाय्य को किसी अन्य व्यक्ति या संस्था को नहीं दे सकता।
5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहाय्य को किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (WHERE NOT NEEDED)

- 1) By affixing my signature and thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/communicate 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.
- 3) इस बात पर मेरी इच्छा या मंजूरि की साथ साथकर, मैं (अर्धक) अपनी मासुकी की छुट्टि करत हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस बात में प्रयोग करे, इसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूर, संचारण या दूसरे उद्देश्य से सुद्धो वित्तियीय और वस्तुस्थितियों को शिरो बिनी में प्रकाश प्रकाश में प्रकाशित करने में सहाय कर सकें। मेरे इस बात का विवरण मेरे इच्छा को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रत्येक अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्धक) इस बात में मंजूर हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता की उद्देश्य में प्रयोग में सुद्धो करत: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका या अन्य मासुकी करत।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION:

संशोधन के सुगमता पर ध्यान देने का निर्णय

self

AGREEMENT by HOSPITAL (HSTOR 200 2000)

_____, hereby affirm & accept following:

- 1) 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती फे लिप संस्तुति

Date of Birth: 01/01/1984

2/3/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989

DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

सायबर का नज़र में आता है या नहीं, यह निर्धारित नहीं है।

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

नाम व रद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

मानविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 5

—भासा इलाहाबाद ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तोत्तर २

Rich