

SRE-C-26-03-0604

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S10326/0995		APPLICATION DATE: 12/3/26		
NAME of APPLICANT: Mrs. Omwati		AGE-YEARS: 56	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Mange Ram		 PASTE PHOTO HERE pre op Post op - Omwati (0995)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SORANA, Sahasrana, Sahasrana, Uttar Pradesh - 247232				
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		
PAN No. (यदि प्राप्त करना): NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
हाँ / नहीं		हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Mange Ram	58	M	Husband
(2)	Rajesh	38	M	Son
(3)	Mohan	19	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितनी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश: से संबंधित प्रमाण पत्र (अलग पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (अलग पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Total Senile 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 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: (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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 3) इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन सामग्री को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सहायता/चुनने प्रयत्न से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारित करने में इच्छा व्यक्त करता है। यह प्रारूप को प्रसारित करने के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता है; सहायता को इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

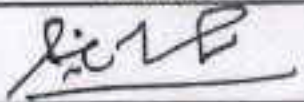
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं और मेरे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता से निषेधित नहीं करती हूँ, बल्कि इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करता हूँ।
 - 4) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं और मेरे भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त राशि/सहायता से लेने या ले रहा हूँ, बल्कि मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए ही उपयोग करूँगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता किसी अधिकृत/अनधिकृत स्रोत से प्राप्त नहीं करता है तो हस्पताल किसी भी प्रकार सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए निवेदन करता हूँ। मेरी पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता के लिए मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करीब हस्पताल से करूँगा या कर रही हूँ और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं करता है। इसलिए हस्पताल में मेरी कोई सहायता सुरक्षित और मेरे जाने की पूरी जिम्मेदारी मेरी पर हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या निवेदन नहीं करनी पड़ेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Sanction अनुमति की तारीख 12/3/26	Dr. NEHA DMCO No. - 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा द्वारा हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा द्वारा हस्ताक्षर 2 
---	--