

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Soul of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1977

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Abida Bee

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

60

SEX

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Sh. Chand Pant

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Vijayapuri, Damanpur, Jalandhar

Karnal, Karnal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Karnal

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं? (को याद हो तो इस पर चिह्न काटें और विवरण दें):

Yes / No

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	Chand Pant	58	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए हेतु कारण

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय वाले (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीति से जारी की गई डॉक्टरों की प्रमाणित प्रमाणित
1	Diagnosis - RT - ptd LT - cataract
2	Surgery - LT - cataract + ptd

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है (यदि हाँ तो):

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि

PKOP - part of
1977 - Abida Bee

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kastika 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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथित सच बयान असल सच नहीं है तो मेरी साहाय्य निरास हो या खत्म हो सकती है।

2) मैं यहाँ पर आश्वस्त रहता हूँ कि "कोई भी प्रकार का भ्रम" से मेरी सहाय्य नहीं मिलेगी और मुझे वह मदद मिलेगी जिसके लिए मैंने इसे माँगा था, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी दूसरे स्रोत से या अपने स्वामी की मदद से, इस राशि का उपयोग या वापस करना किसी अन्य को-निफिटिड/सीडी कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी से लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में शामिल हैं, जहाँ "कोशिका" एक व्यक्ति, एक समुदाय, एक संगठन है। मुझे उद्देश्य है मुझे चिकित्सीय और/या वित्तीय सहायता के लिए प्रेषित है। मेरे फॉर्म पर विवरण में प्रत्यक्ष की जाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसेमंद हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को भरोसेमंद में प्रेषित है मुझे सहायता, फाउंडेशन का उपयोग नहीं करता। इस संदर्भ में "कोशिका" एक व्यक्ति, एक संगठन और/या समुदाय होगा।

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.

इससे अधिकतर, हमारे को जोर से हमारे/हमें को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन को जारी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से समझ न स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम जो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी व्यक्ति को प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन/निवेदन। इससे हमें समझ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्ति हेतु समझ नहीं कि कि यह है कि हमारा किसी अन्य से प्राप्त करने कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट बात यह है कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त करने/पान करने हेतु किसी भी व्यक्ति को कि किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे/पान करने वित्तीय प्रवृत्ति को है। जो कि या हमारा द्वारा ले रहे/पान या किने हमें हमारा/प्रवृत्ति का सुझाव देने एवं हमारा से सहायता का कि कि है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किने/पान का कोई सहायता नहीं है। इसीसे हमारा से लेने के द्वारा सुझाव लेने एवं लेने को जारी किने/पान लेने एवं हमारा को लेने जो "कोशिका" को कोई सहायता या किने/पान इस सहायता से नहीं लेनी।

DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Siddhanta Eye Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

1218