

SRE-C-24-06-0645

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. S/0624/0246		APPLICATION DATE: 13-06-2024	
NAME of APPLICANT: Mr. Rajesh		AGE YEARS: 69	SEX: M
FATHER/HUSBAND'S NAME: Late Mr. SADHURAM			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Qutubpur, Must, Saharianpur, Qutubpur, Uttar Pradesh, 247232			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000		(Attach Proof of Income) NA	
PAN No. NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No	
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
(1)	Sushila	65	F
(2)	Mahit	30	F
(3)	Deepa	26	F
Relation with Applicant			
Wife			
Son			
Daughter in law			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
RPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
(आवेदक को आवेदन करने के लिए प्रमाणित करें)	(आवेदन करने के लिए प्रमाणित करें)	(आवेदन करने के लिए प्रमाणित करें)	(अन्य कोई भी आधार)
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Diagnosis - RE - Senile Cataract			
LE - Senile Cataract			
Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	



Paste Photo Here
Pre op Post op
Rajesh (0246)

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा घोषणा करें):

- 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 cancellation/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 the assistance is requested.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण से निरर्थक करने, जो इस फॉर्म में प्राप्त किया है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी, अपने पैसे का उपयोग या कर्जित राशि किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा सहमत):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to disseminate/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 it's activities/ventures. 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करें, जिसमें मुझे सहायता के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।
- मैं (अर्पणक) आगे भी सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने से मेरी सहायता के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।
- मैं (अर्पणक) आगे भी सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने से मेरी सहायता के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा की छाप

 P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत):

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जा सके सहायता/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उच्च को सहायता की "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारा हस्ताक्षर और सहायता संगठन को किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उच्च रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा है।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उच्च को सहायता संगठन से लेने या ले रहे हैं। हस्पताल हस्पताल में रोगी को सहायता प्रदान और अपने जाने को जारी निम्नोक्त रोगी एवं हस्पताल को जारी नहीं "कॉशिका" को सहायता संगठन से सहायता ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13-06-2024	Dr. Ramandeep Kaur DMC No.-50985 (Name of Dr. & Regu. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप, व	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR, (Name, Designation & Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
	