

SRE-C-24-06-0709

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No. आवेदन संख्या	S/0624/0257	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	14-06-2024
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Mrs. Rajvati	AGE/YEARS वर्ष-वर्ष	74
		SEX लिंग	F
FATHER'S/HUSBAND'S NAME पिता/पति का नाम	Late Mr. Parkash		
PARENTS/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Late Mr. Parkash		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			PASTE PHOTO HERE Post op Post op Rajvati (0257)
193: Bimalasi, Bimalasi, Muzaffarnagar, Bimalasi, Uttar Pradesh, 241112			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	48,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें) NA	
RAI/NIGI पट्टा/खसम/चुआ	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Pandeep	45	M
(2)	Kuldeep	40	M
(3)	Pinki	42	F
(4)	Aman	23	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
Son			
Son			
Daughter in Law			
Grand Son			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कौन सा आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु कौन से बिन्दु का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - Senior cataract		
	LE - Senior 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 ली जा चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करने)

- 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 the assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रत्येक में मेरे सभी सच जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई झूठा बयान, एवं सचन असाव सच कहा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करूँगा, उसे केवल निम्न उद्देश्य के पूर्ण में ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में पट किया है।
- 6) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करने)

- 1) By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/produce 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/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 (give) any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically enable me to demand 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 प्रत्येक पर अर्शक द्वारा अपने नाम, पता, फोटो, एवं सचन असाव सच कहा है। मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करूँगा, उसे केवल निम्न उद्देश्य के पूर्ण में ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में पट किया है।
- 4) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।
- 5) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
(अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप)

 **P-self**

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करने)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 receiving/are 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 contribution/assistance shall be in the form of financial assistance.
- 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 continue to bear & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

हम यहाँ पर यह घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त कर रहे हैं, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त कर रहे हैं, उसे केवल निम्न उद्देश्य के पूर्ण में ही प्रयोग कर रहे हैं, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है।

3. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त कर रहे हैं, उसे केवल निम्न उद्देश्य के पूर्ण में ही प्रयोग कर रहे हैं, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है।

4. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त कर रहे हैं, उसे केवल निम्न उद्देश्य के पूर्ण में ही प्रयोग कर रहे हैं, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है, जो कि हमारे पास है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अर्शक की तारीख

14-06-2024

Dr. AASTHA
DMC-103385

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

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Authorized Signatory on behalf of Hospital)

हम व हमारे हस्पताल की ओर से अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
माननीय इलाका 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
माननीय इलाका 2

