


SRE-C-24-08-0178

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S/0824/0417 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 06-08-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Mr. Pala आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 72	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Baljeet पिता/कन्या का नाम		 PASTE PHOTO HERE Post op Post op Pala (0417)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान आवासीय पता Kharwa, Barampura, Baghat, Samarpur Kalan, Uttar Pradesh, 250614				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता same as above.				
OCCUPATION: Labour				
TOTAL ANNUAL INCOME: 49,000 कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	Anggami	68	F	Wife
(2)	Bhampal	50	M	Son
(3)	Mamta	46	F	Daughter in law
(4)	Abhay	25	M	Grand Son
(5)	Amogh	23	M	Grand Son
(6)	Rishi	20	F	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - 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 हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशिक या सकल विरसा किसी अन्य स्रोत/निधेयक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/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 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.

1) इस प्रपत्र पर अपने इम्तहान या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासीय, दान, साधन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाध्यता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के पक्ष में बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

() P-511f

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि न तो संवेधान और न ही परिषद में विधायक सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त राशि/मात्रा में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में मित्रावरिण/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकार/सकल हेतु मन्त्र नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त राशि/मात्रा में हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

की बीम का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

06-08-2024

DMC No.- 94704

नाम व राज्य नं. (सह मुद्रा)
नाम व राज्य नं. सह मुद्रा

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

नाम व पद हस्मताल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यामौ हस्ताक्षर ।

ज्यामो हस्तान्व २

Safeway

here