

SRE - C - 24 - 12 - 0732

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखाभाल)

APPLICATION NO.

आवेदन संख्या :

S/1224/0722

APPLICATION DATE : 12-12-2024

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Savaj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/स्त्री का नाम

Mr. Ramesh Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासाना स्थानसीध पता

village - Thathkhedi, Thath Khedi, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247100

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जाचासीध पता

Same as above

OCCUPATION :

पेशी

Home Marker

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

TOTAL ANNUAL INCOME :

जमा जापानीक आय

47,100 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(जमा जा साथ संलग्न)

PAN No. स्टार्ट नंबर संख्या

NA

NA

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

क्या आप आप जरा दाता है (जो माना हो उस पर चढ़ी का निशान लगाये।

Yes / No

हाँ  नहीं 

क्रम संख्या

(1)  
(2)

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Ramesh Kumar  
Rishabh  
Tony

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

58  
23

Gender

लिंग  
M  
M

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

Husband  
Son

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card

(Attach Card/ Copy)

गटीयों रेखा के नीचे उम्माल पड़व  
(उम्माल पड़व की छापा प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अस्थ अथवा उम्माल पड़व  
(उम्माल पड़व की छापा प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड  
(उम्माल पड़व की छापा प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साह्य

## PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

क्रम संख्या

1

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पाताल/घाविकर से आई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

(Diagnosis- RF Pseudophakic

- LE Simil cataract

Surgery - LF 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?

क्रम संख्या

2

NAME OF OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED

लोग गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** मानेक द्वारा घोषित करता है।

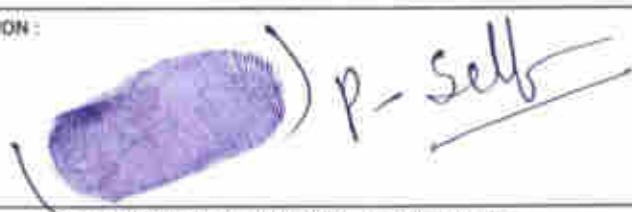
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषित करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सभी जानकारी के अनुसार एवं यह सही है। यदि कोई विवरण इस तरह अमान्य जाता है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।
- 5) मेरा द्वारा यह सहायता गठि "कोशिका फाउंडेशन", गोली जा रही है, उसका उपर्याप्त उपर्याप्त योग्यता की नियम विषय जापेगा, जो इस प्रकाश में भाग नहीं।
- 6) मैं युक्त जाता हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गठि का अधिकार यह सकल विवर किसी अन्य आयोगों/जटिल विवरों का समानी न हो जिसका उपयोग मेरी जापानी है और न हो जापानी है।

**AGREEMENT by APPLICANT (जावेंटक द्वारा कराय)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/pur- 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या जावेंटक की जारी जानकारी में (जावेंटक), जापानी सहायता की युक्ति करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन ज्ञान, उपकार जानकारी" को अधिकृत करता है, कि मेरे नाम, पता, घोटे जीवंत जो विवरण इस प्रकाश में संरक्षित है, उसे "कोशिका" एवं जानकारी, दूसरे, दूसरे जानकारी द्वारा उपलब्ध से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमाण मान्यता नहीं दिया जाना चाहिए। ये प्रकाश का विवरण मेरे इत्याकूल के फलाने का बाहर खाले करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने जानकारी अधिकृत है।
- 4) मैं (जावेंटक) इस बाट से सहायता हूं कि मेरे नाम, पता, घोटे और विवरण जो कि सहायता की इस्तेवारी में प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्याप्त जावेंटक का विविध अधिकृत विवरण दिया जाता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

जावेंटक के हस्ताक्षर का अनुरूप का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराय)**

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

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की भाँति मेरी सहायता की जानकारी में "कोशिका फाउंडेशन" में विविध सहायता हेतु विवरणों की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न हो कोशिका जीवंत विवरण में विविध सहायता किसी भी जानकारी सम्बन्धीय या जिसी अन्य विवरण से उक्त दोनों विवरणों में से ऐसी जांच हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध विवरणों के लिए जानकारी उपलब्ध कराये जाएं तथा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकारी/सहायता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है, तो अन्यान्य किसी अन्य विवरण की जानकारी सम्बन्धीय या जिसी अन्य सहायता से सहायता हेतु का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस प्रकार मेरे स्वतः उपर्याप्त उपर्याप्त हस्ताक्षर की जानकारी सम्बन्धीय विवरण से नहीं लेगा/जाएगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से यही यह सहायता विवरण इक्कीस की है। जोगी पर डस्ट्रक्ट द्वारा दी गई सहायता या जिसे हम उपलब्ध/प्रक्रिया का उपयोग रोगी पूर्व हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपर्याप्त कोई विवरण नहीं है। इसके अधिकृत विवरण में जोगी के इत्याकूल मूल्यांकन और अन्य जाने वाली विवरणोंसे यही पूर्व हस्ताक्षर की जाती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणोंसे इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR**

**SCEH SAHARANPUR**

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

नाम व वर्द हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोद्धार की तिथि	Dr. Monika Jasrotia <i>[Signature]</i> DMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गोड. न.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु
--------------------------------------	--	--

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नामी हस्ताक्षर 2