

SRE t-24-12-0854

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                                     | Koshika<br>foundation<br>Building Block of Life.                                                                                                              |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : S/1224/0730                                                                                       |                                                                                                                     | APPLICATION DATE : 13-12-2024<br>आवेदन तिथि                                                                                                                   |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Mr. Ompal Singh                                                                                   |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>69                                                                                                                                      | SEX लिंग<br>M                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहस्र का नाम Late Mr. Meenu Singh                                                                    |                                                                                                                     |  <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pose of Post of<br/>Ompal Singh<br/>(0730)</p> |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>Vill Pandon, Khuli, Pandon, Khuli,<br>Saharanpur, Nainital, Uttarakhand, 247452     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>same as above                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Labour                                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 49,000                                                                                        |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br>(Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                             |                                              |                                                 |
| PAN No. :<br>आय कर पत्र संख्या N/A                                                                                                    |                                                                                                                     | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No<br>हां / नहीं        |                                              |                                                 |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                                   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                    | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| (1)                                                                                                                                   | Jasvinder                                                                                                           | 38                                                                                                                                                            | M                                            | Son                                             |
| (2)                                                                                                                                   | Rahendra                                                                                                            | 32                                                                                                                                                            | M                                            | Son                                             |
| (3)                                                                                                                                   | Kamla                                                                                                               | 37                                                                                                                                                            | F                                            | Daughter in law                                 |
| (4)                                                                                                                                   | W. R. R. R.                                                                                                         | 84                                                                                                                                                            | M                                            | Grand Son                                       |
| (5)                                                                                                                                   | ...                                                                                                                 | ...                                                                                                                                                           | ...                                          | ...                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                           |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा को नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                     | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | Diagnosis - RE - pseudophacia                                                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | LE - senile Cataract                                                                                                |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | Surgery - LE - SICS with PMMA                                                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि                                                                                                       |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |                                              |                                                 |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो राशि ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

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

1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एडम्-न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एडम्-न्यासी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान:

 P- self

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर में मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नौ सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR  
SCEH SAHARANPUR**

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

13-12-2024

**Dr. Monika Jasrotia**  
**DMC No.-5208**

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2



