

SRE-C-25-01-0031

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : (आवेदन संख्या)	S/0125/0775	APPLICATION DATE: 2-1-2025 (आवेदन तिथि)	2-1-2025
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम)	Mrs. Dasso	AGE-YEARS आयु-वर्ष	49
		SEX (लिंग)	F
FATHER/SPOUSE'S NAME (पिता/पति का नाम)	Mrs. Babu Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता) Ranapur, Bhand, Todapur, Sahapur, Uttar Pradesh, 247231			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता Same as above			

OCCUPATION : (व्यवसाय)	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय)	47,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	NA
PAN No. (आय कर पहचान संख्या)	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय-करदाता हैं (जो स्थिति को उपर या नीचे का चिह्नित करें):		Yes / No हाँ / नहीं	

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sl. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्यों का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ सम्बन्ध)
(1)	Babu Ram	50	M	Husband
(2)	Surbak	34	F	Son
(3)	Rahul	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए विनंति आधार)			
BPL Card (Attach Card Copy) (गरीबी रेशन कार्ड के साथ 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) (उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (सहायता हेतु किए गये विनंती का उद्देश्य)	
Sl. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न)
	Diagnosis - RE- Pseudophacia LE- Senile cataract Surgery - LE- PHACO with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?)		
Sl. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (लगाई गई सहायता राशि)

DECLARATION BY APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 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 Kishika 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य तथा गलत है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कीशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के प्रति जो मैंने किया प्रयोग, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को किसी भी अन्य स्रोत/सेवादाता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Article 20, Rule 1)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/authenticate 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 19) इस प्रश्न पर अपने उत्तरमें या अपने ही प्रश्न में लिखिए, मैं (अभिनेता) अपनी पहचान को चुपचाप छुपाने के लिए "बौद्धिक कपटालेख" और "समय-समयों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, मेरी और मेरे परिवार का प्रश्न में शामिल है, इसे "बौद्धिक" प्रत्यक्ष नहीं, राजनयिक द्वारा प्रत्यक्ष के द्वारा गोपनीयता और परामर्शियों के द्वारा किसी से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। या प्रश्न का निवारण को प्रत्यक्ष के प्रश्न या बाद के प्रश्न के लिए "बौद्धिक कपटालेख" के साथी-अधिकृत है।
- 20) मैं (अभिनेता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, मेरा "बौद्धिक और परिवार" को सहायक के उत्तरों से शामिल है-मुझे नहीं। सहायता को प्रश्नों नहीं करता। इस प्रश्न में "बौद्धिक" मेरा प्रश्न-सहायता का निवारण और अधिकृत होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपकी सेवा के प्रति हमारा आभार है।



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 許可書)

By affixing handwritten signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiya Foundation, we
 (Official) 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.

कला, जलचित्र, चरित्रादि की ओर से सम्पूर्णता को "आधिभूत भावबोध" से विविध स्वरूप में अभिव्यक्ति को समीचीन, जिसे हम (हृदयगत) चित्त प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि - जो संभव और न ही संभव में विविध सहाय्य किसी नैतिकता के आधार पर किसी अन्य व्यक्ति को इसका उपयोग करने में होने या ले ले है, जैसे कि हमने "बौद्धिक सहायता" को विकसित किया। उक्त में संभव में "बौद्धिक सहायता" का मत है कि है। यदि "बौद्धिक सहायता" का मत है कि किसी व्यक्ति को किसी अन्य व्यक्ति के साथ काम करने का अधिकार प्रदान करता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जा सकता है कि अधिकांश द्वितीय पक्ष उक्त उपयोग करने के किसी नैतिकता के आधार पर किसी अन्य व्यक्ति में नहीं होता/होती।
2. "बौद्धिक सहायता" में जो नैतिकता के लिए प्रदान की है। उक्त का मत है कि हमें इसे उपयोग/प्रयोग का प्रयोग नहीं करना चाहिए।
3. उक्त का मत है कि "बौद्धिक सहायता" का मत है कि हमें इसे उपयोग/प्रयोग में नहीं करना चाहिए। उक्त का मत है कि हमें इसे उपयोग/प्रयोग में नहीं करना चाहिए।
4. उक्त का मत है कि "बौद्धिक सहायता" का मत है कि हमें इसे उपयोग/प्रयोग में नहीं करना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यो नो लिपि भस्मलि

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCHELSHAAR AND DE VRIES

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

नाम व पद हमेशा ही अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ਅੰਤਰਿਕ ਕਲਪਨਾ

2-1-2025

Dr. SEJAL
(Name of Dr. A. R. Jaiswal, Nephrologist)

(Name of Dr. A. S. G. Singh)

इसका नाम है इराक़ा नु रिह न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरण

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्री. राजेश

Erfaucht

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इत्यत्र :

Rich