

SRE-C-25-01-0073

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0125/0776

APPLICATION DATE : 3-1-2025
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mrs. Sohan Bini

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

Late Mrs. Dhire Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

5532 Janakpuri, Muratfalinagar, Muratfalinagar,
Nagah, City Muratfalinagar,
Muratfalinagar, D.F. Path, P. 251002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.

PASTE PHOTO HERE

Pile up Post of
Sohan Bini
(0776)OCCUPATION :
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. : रसीद का नंबर

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 लगाएं):Yes / No
हां / नहीं

No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Mahesh	45	M	Son
(2)	Pratibha	45	F	Son
(3)	Sanjiv	45	F	Daughter in law
(4)	Pratibha	45	F	Daughter in law
(5)	Nikhil	38	M	Grand Son
(6)	Ashish	36	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी अंकित

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक की कृपया प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापक/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित 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 प्राप्त गयी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 reconsideration.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी आश्रितता विधि को भी खतरा है।
- 5) मैं इस बात का समझता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलने के लिए, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः कर लिये किया जाएगा, जो इस प्रारम्भ में प्रस्तुत किया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to publish/distribute/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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रोफिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, दूर, समकालीन दूर संचार से जुड़ी पत्रिकाओं और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन को अपने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

4) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से, भविष्य में प्रसारित करने के लिए मैं स्वीकार करता हूँ। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा कोई भी उपयोग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल 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 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.

हमारा अधिकृत, इस प्रकार की सेवा में समर्थन/सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पाताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी भी समकालीन स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे/करने में सक्षम हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त कर रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पाताल द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पाताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पाताल ने रोगी को सहायता प्रदान की है और उसे अपने ही सही चिकित्सा रोगी एवं हस्पाताल को सौंपे और "कोशिका" को कोई भी भूमिका न मिलेगी। इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCEH SAHARANPUR

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery:

ऑपरेशन की तारीख

3-1-2025

DR. NEHA

DMC No.-58989

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

डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

[Signature]