

SRE-C-25-01-0161

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : S/0125/0779		APPLICATION DATE : 4-1-2025	
NAME of APPLICANT : Mrs. Minahasan		AGE-YEARS : 60	SEX : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Mr. Jinda			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hastimpur, Dechand, Dehat, Sahadampur, Dechand, Uttar Pradesh, 247554			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above			
OCCUPATION : Labour			
TOTAL ANNUAL INCOME : 49,000		MARITAL STATUS : ☒ MARRIED / ☐ UNMARRIED	
PAN No. : NA		(Attach Proof of Income) : NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
(1)	Rashid	45	M
(2)	Latifa	45	F
(3)	Shahid	23	M
(4)	Mehmud	21	M
Relation with Applicant			
Son			
Daughter in law			
Grand Son			
Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Diagnosis - RE - Pseudophakic			
LE - Total senile cataract			
Surgery - LE - SCCS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
(अन्य स्रोत का नाम)			

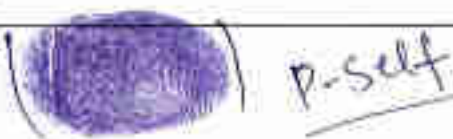
DECLARATION by APPLICANT: NONE BY WNV-VA

- 11) 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.
- 12) I solemnly confirm that assistance, if received from Kshatka Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was received by me.
- 13) 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 the assistance is requested.
- 14) मैं गंभीरता से यह पुष्टि करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई झूठा विवरण एवं कथन अस्वीकार्य होगा और इससे प्राप्त की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 15) मैं पुष्टि करता हूँ कि प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जिसके लिए इस सहायता की मांग की गई थी।
- 16) मैं गंभीरता से यह पुष्टि करता हूँ कि मैंने या भविष्य में मैंने या किसी अन्य प्रार्थी/विद्यार्थी/योग्य कर्मचारी से या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए कोई भी भुगतान नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (सहसंकेत द्वारा कृत)

- 2) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/publish/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 fulfillment 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या जोड़ी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहमति प्रोत्पन्न कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृत्व" को अभिमत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकार में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" नामक पत्रिका, पत्र, या कक्षा के माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिए उपयोग में लाने की अनुमति देगी और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम में प्रचारित करने के लिए अभिमत है। मेरे प्रश्न का निराकरण करने के लिए या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जवाबी अभिमत है।
- 3) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, जोड़ी और विवरण जो कि सहायता के प्रारंभ के लिए प्रस्तुत है, मुझे सहायता के इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नामक पत्रिका, पत्रिका और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 NONE IF NONE IN ANY OF THEM



AGREEMENT by HOSPITAL (NAME OF HOSPITAL)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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. If 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.
- 2) हमें यह भी समझ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता के सिवाय किसी भी अन्य सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त धन/सहायता से हमें या हमारे को नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिम्पलीसिटी (आप के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त है) कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली नसीब/सफल हो सके नहीं किता प्राप्त है तो हमें सहायता किसी अन्य से जानना संचय या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पुष्टि में स्पष्ट कहा जाते है कि अस्थायी द्वितीय चरण अन्य स्रोत/सहायता से किसी से सहायता संचय या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेती।
3. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया प्रकृति की है। सभी उन सहायता प्राप्त की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/क्रिया का हमें सभी वर्ष सहायता को संचय का संचय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई करता नहीं है। हमें यह समझ है कि सभी के सहायता प्राप्त और अन्य करने को सभी जिम्मेदार सभी वर्ष सहायता की सभी को "कोशिका" को कोई सहायता या किसी भी सहायता से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पञ्चीकरण के लिए संसद

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCHEM SAHABANDE

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

नाम च पुनः इत्यन्तान् अधिकृत अधिकृतौ

Date of Surgery

अपॉलन की मूर्ति

4-1-2025

Dr. Monika Jaschke
DNC No. 5208

DMC No. 5208

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

राज्य का नाम व जनसंख्या व गति, न

FOR INTERNAL USE of KDSHIKA FOUNDATION

मान्यता प्राप्त है

SIGNATURE of TRUSTEE:

ज्यामी इन्स्टीट्यूट

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ता 2

2018