

SRE-C-24-12-1354

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building back of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0125/0780		APPLICATION DATE : 4-1-2025 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT : आवेदन का नाम : Mr. Ram		AGE-YEARS : वय (वर्ष) : 55	SEX : लिंग : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : Late Mr. Ramsharan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता : 215, Unmariy, Unmariy, Shamel, Uttar Pradesh - 247112				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता : Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 45,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) : NA		
PAN No. : पैन संख्या : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). क्या आप आय का छुट्टी है (जो पाना हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / नहीं : ☒ No				
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
(1)	Kusum	53	F	Wife
(2)	Late	23	M	Son
(3)	Monet	23	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्ण आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के ताल के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवर्ण गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
Diagnosis - RE - Senior Cataract				
LE - Senior Cataract				
Surgery - RE - SICS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता विवर्ण अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अभिज्ञता प्राप्त होना चाहिए)	
1) I hereby declare 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 declare 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 declare that I have not & will not in future, seek reimbursement, in part or in full, from any other insurance/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आगामी सहायता को वापस ले लिया जाएगा। 5) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में स्पष्ट रूप से है। 6) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष किसी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में किया।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)	
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के लिए करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके (वरिष्ठ) " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, और और की विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, वाक्यपथ दूर, इंटरनेट से जुड़ी पत्रिकाएँ और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार माध्यम के उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं। वे मेरा नाम और विवरण को प्रकाशित करने, प्रसारित या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत हैं। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोई और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयोग नहीं किया जाएगा। इस मामले में "कोशिका" समूह (उपस्थिति) का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)	
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 seek 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, उपस्थिति को जो से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हमें सहायता के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक से सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु समझा नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए या किसी अन्य सहायता के सहायता से या सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। जैसे कि हस्पताल द्वारा जो सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लोगों एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में सभी के द्वारा सुरक्षा और अपने करने को जारी रखने/रखने के लिए सहायता को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4-1-2024	Dr. Monika Jasrotia DMC No. 5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. चिह्न
ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	