

SRE-C-24-02-13A0

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

S/0125/0781

APPLICATION DATE : 06-1-2025
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT /
आवेदन का नाम

Mr. Baburam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Nanda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Manani, Nafihia, Gupah Saharanpur
Uttarakhand 244151

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Baburam
(0781)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

(MARRIED विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

49,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. : यदि कोई हो

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का छल्ला हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध
(1)	Baburam	70	M	Son
(2)	Pushpal	55	M	Son
(3)	Deepa	46	M	Son
(4)	Puspa	53	F	Naught in law
(5)	Deepa	44	F	Naught in law
(6)	Abhi	25	M	Grand Son
(7)	Devansh	25	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते में जारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो जोड़ी गई हैं
	Diagnosis - RL - Pseudophakia LE - Senior Cataract Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी गई सहायता मिली

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 retraction/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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाए तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सत्य बताया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति): 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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. 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति देती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरी छवि, पता, नाम और मेरे विवरण का उपयोग इस उद्देश्य के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित है, इस उद्देश्य के लिए कि वे मेरी छवि, पता, नाम और मेरे विवरण का उपयोग इस उद्देश्य के लिए कर सकें। 2) मैं (आवेदक) आगे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छवि और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित है। 3) मैं (आवेदक) आगे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छवि और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित है।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप	
 p-self	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति): 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 this matter. हमारे अधिकृत हस्ताक्षर, हमारा यह और भी स्वीकार करने का है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए है। 2) कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया जो हस्पताल द्वारा चलाई जाती है, रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार, परिणाम और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6-1-2025	Dr. NEHA (Name of Doctor/Authorized Signatory) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप
ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	