

SRE-C-25-01-0183

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: (आवेदन संख्या):		S/0125/0782		APPLICATION DATE: (आवेदन तिथि):	
NAME of APPLICANT: (आवेदक का नाम):		Mr. Brajbushan		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 64	
FATHER/SPOUSE'S NAME: (पिता/पत्नी का नाम):		Late Mr. Ram Chand		SEX लिंग: M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				 PASTE PHOTO HERE Put up Post op Brajbushan (0782)	
Takhwala Mu. Sahabianpur, Ambiketa Shekhan, Distt. P. Nadekh, 247554					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION: (व्यवसाय):		Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (कुल वार्षिक आय):		49,000		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न):	
PAN No.: आय का पत्र संख्या		NA		NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय आय का दाता हैं (को सही हो इस 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) (वय / वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)	
(1)	Sandeep	45	M	Son	
(2)	Sushil	40	M	Son	
(3)	Rashmi	41	F	Daughter in law	
(4)	Suman	39	F	Daughter in law	
(5)	Harpal	23	M	Grand Son	
(6)	Dev	20	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विवक्षित आधार					
ISPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवक्षित उद्देश्य					
Sr. No. (क्रम संख्या)		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
		Diagnosis - RE - senile cataract			
		LE - senile cataract			
		Surgery - RE - PHACO with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No. (क्रम संख्या)		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 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 seek 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कल्पन अथवा झूठ साबित है तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग किसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की छूट, रद्दी या आर्थिक या सामान्य दिवाल्य किये जाने प्रक्रियाओं/निकायों/कम्पनियों से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's activities/commitments. 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों, या, यात्रा/यात्रा के अर्थ/उद्देश्य में जुड़े व्यक्ति/व्यक्तियों को उनके किये गये प्रयत्न/सहायता में प्रशंसित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे काम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थ/उद्देश्य से प्रयोग है मुझे सम्यक, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

 P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

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 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 full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

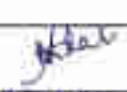
हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की जाये मे जगह/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाये है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि - हम (हस्पताल) और - हम (हस्पताल) से वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो/प्राप्त करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्ताव हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी स्वीकार/प्रस्ताव हेतु समुदाय नहीं किया जाये है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाये है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव केवल एवं हस्पताल की सेवा का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और सही करने को सही सिफारिश केवल एवं हस्पताल की सेवा और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

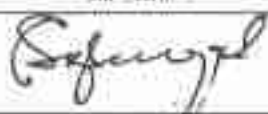
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7-1-2024	 Dr. Charul Jain DMC No.-109367 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का पता व	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Signature & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्रुस्टी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्रुस्टी हस्ताक्षर 2

