

SRE-C-25-01-0493

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0788

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10-1-2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Ajodhya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late. Mr. Shyam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

House No- 648B, Rachauli, Mitgahpur, Raichuli, Uttar Pradesh, 251202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op post op
Ajodhya
(0788)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. एनपीआर संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे उस पर कड़ी का निशान लगाएं):

Yes / No

हाँ / 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 आवेदक से संबंध
(1)	Son	52	M	Son
(2)	Daughter	48	F	Daughter
(3)	Monika	50	F	Daughter in law
(4)	Deep	45	F	Daughter in law
(5)	Akhya	38	M	Grand Son
(6)	Arjun	25	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE pseudophakic LE Senile Cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED मिली 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, 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता प्रत्यक्ष गलत है तो मेरी जानकारी निरास की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को स्थापना करने "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद कर रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मांग रहा है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस वही कर अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/post/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/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 प्रकार या अन्य किसी भी माध्यम से (आवेदक) अपने स्वीकार की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में मांगा है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रसार, दान, सहायता हेतु उपयोग में लूँगी। गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह दावा या विवरण को प्रसारित करने के बाद मैं अपने की निम्न "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से स्थापना हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है लूँगा। सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा, प्रसार, प्रसारण का निर्णय अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान:

 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से स्थापना/स्वीकार कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।

1) यह कि - हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकार। हमारे संगठन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/सहायता हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हमारा संगठन किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा संगठन इस प्रकार सहायता/स्वीकार हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी गैर उद्देश्य/प्रक्रिया का चुनाव नहीं करें हमारा। जो सहायता या विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा में रोगी के इलाज सुझाव और अपने चारों की सारी जिम्मेदारी हमारे एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रश्न में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार के लिए सिफारिश

Date of Surgery अस्वास्थ्य की तारीख 10-1-2025	 DR. SUMIT MALIK DMC No.-12751 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व प्रिंट, नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर 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
	