

SRE-C-23-11-0087

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0795

APPLICATION DATE: 18-1-2025

आवेदन दिनांक

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Rajpal

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Fattu Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

13, Baidaspur, Dh. in Bhat, Shamber, Uttar Pradesh 207778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. एनपीआई संख्या

NA

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

आप आय कर का भुगतान करते हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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)	Lakhan	45	M	Son
(2)	Mukesh	38	M	Son
(3)	Sanura	42	F	Daughter in Law
(4)	Rishi	35	F	Daughter in Law
(5)	Jaiphal	23	M	Grand Son
(6)	Nitin	16	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राश्रीको कार्ड का प्रतिलिपि संलग्न करें (इसका प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इसका प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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



PASTE PHOTO HERE

Pass op Post op
Rajpal (0795)

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करने पर):

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच सच सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं असत्य पाया जाता है तो भी प्रत्यक्ष निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गम्भीरता से "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रयोग को नहीं करूँगा, उस राशि का अधिक या बराबर किसी किसी अन्य प्रक्रिया/रोक/बैक/काग्रेस से या जो मिलेगा है और 1 से अधिक नहीं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करना):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/produce/publish/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.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या छाप को सच सच सच हूँ, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को गृहित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जो "कोशिका" द्वारा यादगार, चप, सचकारण द्वारा दस्तावेज में मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मैं अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार में प्रयोग करने से इनकार नहीं करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से यादगार अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार में प्रयोग करने से प्राप्त होने वाले सहायता का इस्तेमाल उसी उद्देश्य के लिए किया जा सकेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 p self

AGREEMENT by HOSPITAL (हमसाजक द्वारा करना):

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.

इससे अधिकृत, हमसजक को जो से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता से प्राप्त करने की जाती है, जिसे हम (हमसाजक) किन्ना प्रकार से सच सच स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हमने वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता/रोगी से नहीं पा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/प्रदान से मनाजक को प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमसजक किन्ना प्रकार से सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसजक किसी भी तरह से सहायता/प्रदान से किसी भी प्रकार सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता/प्रदान।

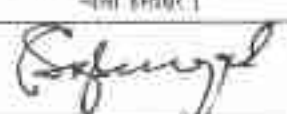
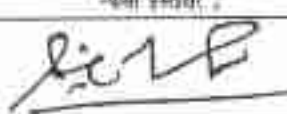
2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान किन्ना प्रकृति की है। रोगी या हमसजक द्वारा जो सहायता या किन्ना सहायता प्रदान करने के लिए सहायता/प्रदान का चुनाव नहीं करने हमसजक को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसजक से रोगी के इलाज प्रकृति और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमसजक को होगी और "कोशिका" को कोई सहायता या किन्ना प्रकृति इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्पणक को लिए स्वीकृति

Date of Surgery अर्पणक की तारीख 10-1-2025	 Dr. Ramandeep Kaur DMC No-50085 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम से इलाज के रजि. नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम से पता हमसजक अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधीन हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधीन हस्ताक्षर 2 
--	---