

SRE-C-25-01-0527

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: S/0125/0802		APPLICATION DATE: 11-1-2025	
NAME of APPLICANT: Mrs. Rampyami		AGE-YEARS: 76	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Buddha		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Rampyami (0802)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: house no. 34, Gyan Maitri, Mahesh Kalan, Sahasrabudhi, Sahasrabudhi, Priyadeesh, 147232			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above			
OCCUPATION: Home Maker			
TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) NA	
RAN No. (यदि प्राप्त हो): NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
FAMILY DETAILS			
Sl. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Utkarsh	32	M
2	Papri	30	F
3	Sahiba	28	F
4	Rudra	25	M
5	Deepak	23	M
6	Harit	22	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Diagnosis - RE - senile Cataract			
IE - Pseudophakia			
Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउण्डेशन द्वारा भरना):

- 1) I hereby confirm that all contents 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/termination.
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सत्य प्रमाण/प्रमाण नहीं है तो मेरी आवेदन/सहायता, यदि कोई हो, खारिज/अवसर्जन के लिए उत्तरदायी होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "अर्शिका फ़ाउण्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउण्डेशन द्वारा भरना):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "अर्शिका फ़ाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उन्हें "अर्शिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/छाप/विवरण के माध्यम से लुई प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे उपचार के पूर्ण से पहले या बाद में करने के लिए "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" के अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति का उपयोग करने के लिए "अर्शिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/छाप/विवरण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति का उपयोग करने के लिए "अर्शिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/छाप/विवरण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

() P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना):

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this cooperation 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.

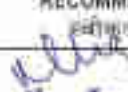
इसके अतिरिक्त, हमारे पास भी और भी माध्यमों को "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से लागू न कर सकते हैं।

1) वह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी माध्यमों माध्यम या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं, जैसे कि हमने "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की माध्यम से "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तिय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी माध्यमों माध्यम या किसी अन्य माध्यम से नहीं ले सकते हैं।

2. "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय सहायता की है। मेरी न तो हमारे पास है न ही माध्यम/प्रक्रिया का चुनाव मेरी न ही हमारे पास है न ही माध्यम है और "अर्शिका फ़ाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे पास हमारे पास है न ही न तो हमारे पास है न ही माध्यम/प्रक्रिया का चुनाव मेरी न ही हमारे पास है न ही माध्यम है और "अर्शिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

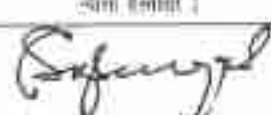
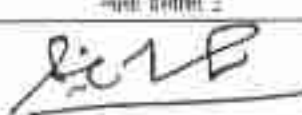
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर के लिए अनुमति:

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11-1-2025	 Dr. Monika Jasrotia (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व हॉस्पिटल	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---