

SRE-C-24-LO-1693

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION NO.

आवेदन संख्या :

S/0125/0003

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11-1-2025

NAME of APPLICANT :

आवेदन करने वाले का नाम

Mr. Atare Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Bansi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Piki, Piki, Sahasrabhumi, Uttara Pradesh-247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

48,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

N/A

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

N/A

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो कान्य हो उसे 'Yes' और जो नहीं हो उसे 'No' चिह्नित करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्य का नाम	Age (years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले से संबंध
(1)	Mahendra	57	M	Son
(2)	Rashmi	38	F	Daughter (in law)
(3)	Parul	26	F	Grand daughter
(4)	Maharaj	23	M	Grand son
(5)	Nitin	20	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा को लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर से छूट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपेक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Cataract
	LE - Senior Cataract
	Surgery - RE - PHACO WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

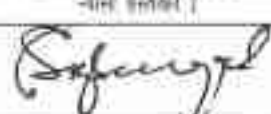
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



PASTE PHOTO HERE

Photo of
Atare Singh
(0003)

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 rescission/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/insurer/company, of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 5) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है। 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने कदापि हेतु पर प्रत्येक को नहीं है, जो डॉक्टर का अधिकार या अलग किसी किसी अन्य प्रोवेंडोर/बोस/कम्पनी से या तो भिन्न है और न ही अधिकार में होगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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. 3) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा भी चपकाने पर मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी-ज्यासीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएं तथा इंटरनेट से पुराने जर्नल/पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामग्री में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। उसे इसका प्रयोग मेरे इलाक़ के चले या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है। 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता में उपलब्ध से प्रेषित है कुछ सलाह, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" समूह/उपलब्ध ज्योतिषी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठा का चिह्न	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) By affixing the number, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby confirm & 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 the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने से सलाह/पत्रिका जो "कोशिका फाउंडेशन" से निर्णय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं: 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी प्राकृतिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस संयोग/मामले में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संख्या में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय अधिकृत/प्रदान हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत प्राकृतिक संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निर्णय सहायता प्रदान प्रदान/प्रदान हेतु किसी भी प्राकृतिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेती। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता निर्णय निर्णय प्रदान की है, जो भी पर सहायता द्वारा जो भी स्पष्ट या निर्णय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेते एवं सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय प्रदान का कोई स्थिति नहीं है। निर्णय सहायता में वेनी के इलाक़ सुरक्षित और जाने जाने की जाती जिम्मेदारी लेते एवं सहायता को लेते और "कोशिका" को कोई भुवि/का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमत	
Date of Surgery अर्शक की तारीख 11-1-2025	Dr. Charul Jain (Name of Doctor/Physician/Health Officer) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या चिह्न
ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 