

SRE-C-25-01-0778

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0014

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Omwati

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

64

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Late Mr. Mahipal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

House No 96, Jhalpura, Jhalpura,
Singhpur, Bhokadi, Uttarakhand,
247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Same as above.

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

NA

PAN No. (यदि उपलब्ध)

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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)	Manoj	39	M	SON
(2)	Rudra	32	M	SON
(3)	Rishi	35	F	Daughter in law
(4)	Rachna	34	F	Daughter in law
(5)	Ashish	18	M	Grand Son
(6)	Jacky	05	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

SPL Card (Attach Cert. Copy) गोशिका फंड के लिए प्रमाण पत्र (इसका पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (इसका पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रातिपत्र जो साथ में प्रमाणित नहीं होना
	Diagnosis - R.E - Senile Cataract L.E - Senile Cataract Surgery - I.E - SICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो यह सहायता मिली



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Omwati (0814)

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा प्रस्तावित 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रस्ताव 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 के सहस्रकालीन "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मा रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये करने जाऊंगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख किया है।
- 6) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब दूसरी कहीं नहीं जा रहा हूँ, उस राशि का वापस या स्वयं किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न माँगा गया है और न ही माँगने की योजना है।

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/print/communicate 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.

3) इस प्रस्ताव का अंग्रेजी इस्तेमाल या अन्य भाषा में अनुवाद, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति से यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ। मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए हैं, जिसके लिए सहायता माँगी गई है। इस सहमति के माध्यम से मैं यहाँ के सहस्रकालीन "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगा हूँ, जो मेरी स्वीकृति है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्मति में "कोशिका" फाउन्डेशन द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रकाशित करने की अनुमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

By affixing hereafter, 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 this matter.

कहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर को माँगा है, हमारा यहाँ का "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उदा. दूसरी एनजीओ से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अस्वीकार नहीं करता है, तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं। इस प्रकार हमें सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिपेंडेंट पर इस सहायता हेतु किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार दृष्टि और अपने नाम-के सभी निर्णय रोगी एवं हस्पताल की ओर से और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Name & Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

15-1-2024

Dr. NEHA
DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regis. No. with Stamp)

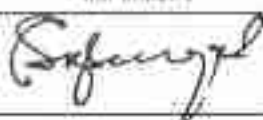
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व चिह्न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निष्ठ उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

