SRE-C-25-01-0773

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0125/0018	APPLICATION DATE / आवेदन तिथी : 15-1-2025
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mr. Rak Kumar	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 49 / SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Late Mr. Gyanchand	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : House no Nakur to Saharanpur Road dhakauli Dhak Puri Shakdi Nakur Saharanpur U.P. Pradesh 247001	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : Same as above.	

PASTE PHOTO HERE
Pre op Post op Raj Kumar (0018)

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 48,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA
PAN No. पैन कार्ड संख्या : NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें)	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 के साथ सम्बन्ध
1)	Mahima	47	F	Wife
2)	Gaurakh	23	M	Son
3)	Shubham	19	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी

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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण पूर्ण रूपेण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल किस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT : (आवेदक 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/put-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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में संलग्न है, जो "कोशिका" द्वारा सहायता प्राप्त, चाहे/या पूर्व उद्देश्य से जुड़ी जानकारियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण की इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के पास्से अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है चूंकि मेरा, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा लिये गये निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL : (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorised 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 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.

इसके अधिकृत हस्ताक्षरों को अंकित या लगाते/लगी का "कोशिका फाउन्डेशन" से चिकित्सा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मानते व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो इलाज और न ही भविष्य में विशिष्ट सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से इस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदित इलाज के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधनों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रेषित करने उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।
2) "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का 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 दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और जहां जहां की जाती जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	NEHA DMC No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCHJ SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
15-1-2025		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

18-08-2024