



SRE-C-25-01-1307

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रकल्प		(Healthcare) (आरोग्य सहायता)		 Koshika Foundation Building Health of life	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक: S10125/0847		APPLICATION DATE: 24-1-2025 आवेदन तारीख		 PASTE PHOTO HERE Paste up Post of Pushpa (0847)	
NAME of APPLICANT: आवेदक कि. ना. Mrs. Pushpa		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग F		
FATHER/SUPPLIER'S NAME: निवासेतुम का ना. Mrs. Shikumar		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक निवासीय ठेका Bhabsi Jhapali, Bhavasi Karpur, Sahakaripuri, Bhabsi, Ujjain, Poshadesh 247152			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय ठेका 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 प्रमाण प्रस्तुत करें): NA			
PAY No. THIS YEAR: NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आम आवेदनकर्ता आय करदाता हैं (को-जो-वर्ष-ही-उप-पर-बो-सही-को-चिह्नित-करने):		Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sl. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1	Shikumar	60	M	Husband	
2	Saurabh	29	M	Son	
3	Pratikabh	25	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार:					
BPL Card (Aadhar Card Copy) सहायता हेतु आर. कार्ड प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर. प्रमाण प्रस्तुत करें प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) आर. कार्ड प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु दिखाने वाले निम्न कारण:					
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखाने से जारी की गई दवाखाने प्रमाण प्रस्तुत करें				
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - Pseudophacic Surgery - RE - SICS WITH PMMA				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु पहले अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?					
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितना राशि प्रदान की गई			

DECLARATION BY APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- I hereby declare 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 reimbursement/collector.
- 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 herein.
- 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.
- मेरे द्वारा कथित है कि इन सभी में सत्यता है, किसी भी जानकारी के बिना सत्य नहीं है। यदि कोई कथित सत्य नहीं है, तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जाएगा।
- मेरे द्वारा जो मदद मांगी "कोशिका फाउंडेशन", के लिए है, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने, भविष्य में भी नहीं, इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या इस राशि के अलावा किसी अन्य स्रोत से नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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.
- 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.
- इस पर मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाऊंगा, मैं (अर्शक) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अनुमति मिलेगी कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मेरी तस्वीरें और विवरणों का उपयोग करके दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण केवल "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जाएगा, जो मेरी मदद करने के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप



P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/application for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, 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. The confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/cases from any other NGO or any other source.
 - 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 100% complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम (हॉस्पिटल), इस प्रकार के आवेदन को "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने के लिए, यहाँ (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम (हॉस्पिटल) या हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले किसी अन्य स्रोत से इस रोग/रोगियों के लिए मदद/सहायता नहीं मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई मदद/सहायता पूरी नहीं मिलती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद/सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई मदद/सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सिफारिश की गई रोग/प्रक्रिया का चयन रोगी के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर किया जाता है और इसका चयन "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई मदद/सहायता से नहीं प्रभावित होता है। अतः हम (हॉस्पिटल) रोगी के उपचार के लिए 100% पूर्ण जिम्मेदारी धारण करेंगे, और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक का तिथि 24-1-2025	 Dr. NEHA DMC No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यशो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यशो हस्ताक्षर 2
	