

SRE-C-25-01-1368

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life



PASTE PHOTO HERE

Part of Post op
Durga (0850)

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: S/0125/0850

APPLICATION DATE: 25-1-2025

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: Mrs. Durga

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 38

SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Mr. Gopal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: 264, near Navadas mandali, Salimnagar, Murathnagar, Murathnagar, Uttar Pradesh, 251001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 48,000 (Family Income)

(Attach Proof of income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): NA

PAN No. / पैन नंबर: NA

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

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
1	Gopal	40	M	Husband
2	Waibhav	15	M	Son
3	Ankit	12	M	Son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Aarogya Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sl. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुस्तिकाएं
1	Diagnosis - RE - Senile Cataract
2	LE - Senile Cataract
3	Surgery - RE - SICS With PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

Sl. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो प्राप्त सहायता है

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया):

- 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 suspension/Withdrawal.
- 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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण पत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रह करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं भविष्य में भी, इस मदद का जोशिका या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से पूरा या आंशिक रूप से नही लेना और न ही किसी से लेना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/post/upload/produce 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 resuming 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 बात का मैं यहाँ स्वीकार कर लेती हूँ कि इस प्रश्न में, (अर्शिका) अपने सदस्यों को मुझे सहायता देने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन और इसके सदस्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में शामिल करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायकों द्वारा अर्शिका से मुझे परिचित करा जा सकने वाले कर्मियों को मदद करने के प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का स्वीकार कर लेती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" के सदस्यों को मदद करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" के सदस्यों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से स्वीकार कर लेती हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के प्रयत्न में मुझे मदद, सहायता को प्रदान नहीं करना। इस प्रश्न में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, सदस्यों का विवरण शामिल और सहायकों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निरूपण।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया):

- By affixing the signature of our Authorized Signatory for recommending the 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/pain, 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/pain 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को करके हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्तिय सहायता से प्राप्त न हो सकने वाली है।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी कारणों से प्राप्त कर सकते हैं किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या नही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सुझावित किया है। हमारे पास में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायक हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य स्रोत/सहायक से किसी अन्य सहायक से सहायता लेना-पाना अधिकृत सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता/सुझावित प्राप्त उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायक स्रोत से किसी अन्य सहायक से नहीं ले सकते।
- 2 "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता/सुझावित वित्तिय सहायता को है, जो भी हम (हॉस्पिटल) द्वारा से भी सहायता/सुझावित का चुनाव लेने पूर्व हमसे प्राप्त कर लेना का निर्णय है जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किया प्रस्ताव का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमसे प्राप्त में कोई भी सहायता/सुझावित और जाने जाने को नहीं कर सकते। यदि यह सहायता/सुझावित को हमने और "कोशिका" जो कोई अधिकृत/सहायक द्वारा सहायता में नहीं कर सकते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत/सहायक को स्वीकार करने के लिए।

Handwritten signature
ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCRH SAHARANPUR
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हमारे पास में यह सहायता/सुझावित अधिकृत/सहायक।

Date of Surgery
अपरेशन की तिथि
25-1-2025

Handwritten signature
Dr. SEJALI
(Name of Dr. & Hospital/No. of Stamp)
डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर का स्थिति।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (पहला सदस्य)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (दूसरा सदस्य)
<i>Handwritten signature</i>	<i>Handwritten signature</i>