SRE-C-25-01-1405

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

Koshika foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 5|0125|0853

APPLICATION DATE: 25-1-2025 / आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mrs. Anguri

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53

SEX लिंग: F

PASTE PHOTO HERE

Pw op Post op Anguri (0853)

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: Mr. Shiv Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Sadhauran Sitr, Nagal, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

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

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / पैन संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आयकर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हां / नहीं: No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Shiv Ram	55	M	Husband
(2)	Mayank Bisht	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile Cataract
	LE - senile 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 हो?

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

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 is/was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, await 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 एवं कथन मिथ्या पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति में किये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्शाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस धनराशि हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा 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/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 policies/activities/events. 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 इसे "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि वह नाम, पता, फोटो और इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" फंड जुटाने, तथा सम्बन्धित इसके उद्देश्यों के बारे में जानकारियों और गतिविधियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से मौखिक रूप से लेकिन इसी तक सीमित नहीं के द्वारा का विज्ञापन की इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त याचिका का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

P-Sett

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/केस को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वैसी सहायता किसी और संस्थानों संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से उसी रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन इसके सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता जिसके आंशिक/सकल हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो, अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत अन्य गैरसरकारी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मरीज चिकित्सा प्रक्रिया की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल में तय का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सम्बन्ध नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और साथ जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख		
25-1-2025	Sd/- Dr. SEJAL DMC No.-24176 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सील सहित	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name & Designation of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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