

SRE-C-25-01-1441

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रकरण

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Hope of India

APPLICATION No. : 51012510854

APPLICATION DATE : 25-1-2025

NAME OF APPLICANT : Mrs. Pushpa

AGE-YEARS : 54

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Mahipal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kota, Saharanpur, Kota, Uttarakhand, 241551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income) NA

PAID BY : NA

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

Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
(1)	Mahipal	55	M	Husband
(2)	Kabali	30	M	Son
(3)	Pushpa	54	F	Daughter in law
(4)	Palak	05	F	Grand Son / Husband daughter

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

BPL Card (Aadhar Card Copy) गरीबी रेशन से लेना प्रमाण पत्र (आधार कार्ड की प्रमाण पत्र जोड़ना पड़ेगा)	EPDS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्न योजना का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण पत्र जोड़ना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (उपभोग पत्र की प्रमाण पत्र जोड़ना पड़ेगा)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गए कौन सा उद्देश्य

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से बंधी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Pseudophakia LE - Total Senile Cataract Surgery - LE - SPCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता कौन से अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कौन से सहायता राशि



PASTE PHOTO HERE

Put of Post of Pushpa (0854)

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन दान करने वाले)

- 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/revocation.
- 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.
- 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 the assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी आवेदन पत्रिका को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं इस बात का गम्भीर प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से भी यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अपने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किये किये किये, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस प्रकार के मदद से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही मदद के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाले)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 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 प्रारूप में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, एवं "कोशिका फाउन्डेशन" एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किये किये किये के लिए किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का गम्भीर प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से भी यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अपने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किये किये किये, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रयोग में आने से मुझे कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- By affixing her/his/their signature of the Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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/case, as we are receiving 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The whole 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 full & 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 यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम (हस्पताल) केवल उस मदद से मदद ले रहे हैं जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) को अपने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार है।
 - कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता मिली है या नहीं। रोगी का उपचार रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता मिली है या नहीं। रोगी का उपचार रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
शल्यक्रिया का तिथि
25-1-2025

Dr. SEJAL
DMC No.-24
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व संस्थान व तिथि

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2