



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building Mass of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S10125/0856		APPLICATION DATE : 27-1-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदन करणारा नाव : Mr. Deshpal		AGE-YEARS वायु-वर्ष : 51	SEX लिंग : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पितृ/पत्नीचा नाव : Late Mr. Mahendra Singh		 PASTE PHOTO HERE P.W. of Post op Deshpal (0856)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तव्य ठेकावाला पत्ता Nawada Road, Yashoda Kung, Karpurna Sahashivpuri, Sahasranpura, Sahasranpura, Uttara Pradesh - 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी वास्तव्य ठेकावाला पत्ता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक उत्पन्ना : 49,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आवेदन करणाराचे उत्पन्नाचे प्रमाण) : NA		
PAN No. (आवेदन करणाराचे आयकर संख्या) : NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आवेदन करणाराचा आयकर दाखला आहे (जो लागू होतो तो चिन्हात ठेवावा) : Yes / हा / <input checked="" type="checkbox"/> / नाही		
FAMILY DETAILS : कुटुंबीय विवरण				
Sl. No. क्र. संख्या	Name of Family Member कुटुंबीय सदस्याचे नाव	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करणाराचे नाते
(1)	Raksh	49	F	Wife
(2)	Sekhar	29	M	Son
(3)	Rasant	26	M	Son
(4)	Jyoti Deshpal	28	F	Daughter in law Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता केल्याचे कारण (जो लागू होतो तो चिन्हात ठेवावा)				
BPL Card (Attach Card Copy) पोषण कार्डचे प्रमाण प्रत (आवेदन करणाराचे उत्पन्नाचे प्रमाण 200 रु. पेक्षा कमी असणे आवश्यक आहे)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय उत्पन्नाचे प्रमाण प्रत (आवेदन करणाराचे उत्पन्नाचे प्रमाण 2 रु. पेक्षा कमी असणे आवश्यक आहे)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आवेदन करणाराचे उत्पन्नाचे प्रमाण प्रत)
Any Other Basis/Proof अन्य कोणतेही प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु मिळवण्याचे कारण किंवा उद्देश्य				
Sl. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रुग्णवृत्ती/वैद्यकीय सूचनासहितचे प्रमाण			
	Diagnosis - RE - Cataract LE - Senile cataract Surgery - LE - SICS WITH PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एखाद्या उद्देश्यासाठी सहायता मिळवण्यासाठी अन्य स्रोतातून सहायता मिळवण्याची स्थिती				
Sl. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत किंवा नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सहायता मिळवण्याची रक्कम		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदनकर्ता 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 re-evaluation/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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पन अथवा गलत बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने स्वास्थ्य हेतु या सर्जरी को नहीं है, यह रीज का जोशिक फाउण्डेशन किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से न तो मिले है और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 its 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 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.
- 3) इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये उपयोग करे और उपस्थितियों में दिखाने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम में प्रकाशित करे। यह आवेदन का उद्देश्य ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये या सर्जरी को पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनकर्ता) इस आवेदन में स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण को "कोशिका" के ट्रस्टियों से प्रेषित है। उन्ही द्वारा सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस आवेदन में "कोशिका" द्वारा सहायता अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता से हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory 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, in the event 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/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 it 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से उपरोक्त के "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारा यहाँ न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या न ही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु आवेदन किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस विषय में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तिय सहायता के लिये ही है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तिय सहायता ही है। रोगी या रोगी के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार प्रदान किया जाने वाला कोई भी निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्रदान करने में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृतकर्ता की लिखित अनुमति

Dr. NEHA
DMC No.-58989

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख
27-1-2025

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आधी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आधी हस्ताक्षर 2