

SRE-C-25-01-1614

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Vision of Life

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: S10125/0857

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 29-1-2025

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mr. Kamil

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66

SEX / लिंग: M



PASTE PHOTO HERE

Paste of Past of Kamil (0857)

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Late Mr. Monda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Jogipura 1st Humnagar, Jogipura, PO: Gangan, Dist: Saharanpur, Uttarakhand - 247342

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 50,000

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

RAN No. / राशन कार्ड संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं / सही / गलत

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / सदस्य के नाम का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1	Surendra	45	M	Son
2	Harish	58	M	Son
3	Anil	52	M	Son
4	Poojashree	40	F	Daughter in law
5	Lakshmi	35	F	Daughter in law
6	Tilly	23	M	Grand Son
7	Bobby	19	M	Grand Son
8	Tanuja	15	F	Grand daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवारिक रेशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (अवकाश पर भी प्रमाण प्रस्तुत करना)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आधारित प्रमाण (अवकाश पर भी प्रमाण प्रस्तुत करना)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (अवकाश पर भी प्रमाण प्रस्तुत करना)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु कौन सा उद्देश्य

Sl. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - senile Cataract Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कौन से स्रोत से प्राप्त हुई है

Sl. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कौन सा सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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.
- 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता/सत्य नहीं रहता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले ली है और न ही सहायता ले लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/capture/print-out/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 fulfilment 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सहमत हो कर "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" द्वारा प्रेषित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" के सदस्यों को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य से उपयोग के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त अधिकृतियों का प्रचारित प्रसारण और उपयोग होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक से हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient 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/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.
  - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेश/पत्रों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त रोगी/रोगी के संबंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली/सहायता नहीं मिली है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के संबंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा कोई भी भरोदार/सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया जा रहा है, उसी पर हमें हस्पताल द्वारा ही सही प्रकार या निर्णय पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सहायता का विकल्प है जो "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझाया जाये और उसे जो सही उपचार/पत्रों सही एवं हस्पताल को सहायता "कॉशिका" को सही सुनिश्चित या निश्चिंत होना चाहते हैं सही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**ARNAB MODAK**  
ADMINISTRATOR  
SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
जब तक पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तिथि  
29-5-2025

**Dr. NEHA**  
DMC No. 58989  
(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका प्रमाण पत्र

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
(नामों इलाका 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
(नामों इलाका 2)