

SRE-C-25-01-L704

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

510125/0858

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

30-1-2025

NAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम

Mrs. Pshwari Chand

AGE-YEARS :
वय

67

SEX :
लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Late Mrs. Rabul



PASTE PHOTO HERE

Paste of Post of
Pshwari Chand
(0858)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान आवासीय पता

NEAR CHOTA MANDAR, TITIV NAGAR,
Saharanpur, Saharanpur, Uttar
Pradesh - 243001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो प्राप्ति हो उस पर घड़ी का निशान लगायें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
(1)	Mantaha	65	F	Wife
(2)	Islam	49	M	Son
(3)	Falman	30	M	Son
(4)	Ruhima	40	F	Nephew in Law
(5)	Sulta	35	F	Nephew in Law
(6)	Rashid	33	M	Grand Son
(7)	Hakim	30	M	Grand Son

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

<input type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण प्रस्तुत करने के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु कौन सा उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची प्रमाण
	Diagnosis - RE- Pseudophacia LE- Schiel Cataract
	Surgery - LE- SICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता केंद्रों से मदद मिली है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी राशि सहायता मिली है

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान):

- 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 this assistance is requested.
- मैं यथा सत्य हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं कल्प अथवा कथन सत्य नहीं है तो मेरी अर्शिका निरस्त की जा सकती है।
- मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने इस प्रपत्र में बयान किया है, उस "उद्देश्य" के लिए ही है, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है।
- मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने इस प्रपत्र में बयान किया है, उस "उद्देश्य" के लिए ही है, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

I, by affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

- (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.
- मैं इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रपत्र में बयान करें, उस "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है।
- मैं (अर्शक) आगे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अन्य माध्यमों से प्रसारित किया जा सकता है, जिससे दानों को आमंत्रित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने के लिए, मैंने इस प्रपत्र में बयान किया है, उस "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है।
- मैं (अर्शक) आगे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अन्य माध्यमों से प्रसारित किया जा सकता है, जिससे दानों को आमंत्रित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने के लिए, मैंने इस प्रपत्र में बयान किया है, उस "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

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:

- 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 NGD 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.

- हम यथा सत्य हूँ कि हमें इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय मदद मांगनी पड़ेगी, जिसके लिए हम (हस्पताल) वित्तिय प्रपत्र में मदद मांग रहे हैं।
- हम यथा सत्य हूँ कि हमें इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय मदद मांगनी पड़ेगी, जिसके लिए हम (हस्पताल) वित्तिय प्रपत्र में मदद मांग रहे हैं।
- हम यथा सत्य हूँ कि हमें इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय मदद मांगनी पड़ेगी, जिसके लिए हम (हस्पताल) वित्तिय प्रपत्र में मदद मांग रहे हैं।
- हम यथा सत्य हूँ कि हमें इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय मदद मांगनी पड़ेगी, जिसके लिए हम (हस्पताल) वित्तिय प्रपत्र में मदद मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE


स्वीकृती के लिए अनुमति



Date of Surgery सर्जरी की तारीख 30-1-2025	Dr. SEJAL DMC No. 24175 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल नं. एवं मु.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--