

SRE - C-26-02-1583

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0226/0944

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

20/03/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Indresh

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Raiveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवास का पता

Nauragali, Ghauri, Nauragali, Shanti
DHA Road, 297773

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवास का पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण) NA

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

NA

ARE YOU AN INCOME TAX AMESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो 26 एच सी को चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Mammy	33	M	Son Doughter in law Aunt & Son
(2)	Amrita	24	F	
(3)	Chetan	17	M	

BANK for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनिर्दिष्ट बैंक

RPL Card (Attach Card Copy) गो(बी) कार्ड का कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डीपि चिह्नित करें)	BYB Certificate (Attach Certificate Copy) असम आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डीपि चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) इसकापना कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग डीपि चिह्नित करें)	Any Other Bank/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पत्रों का प्रमाण
	Diagnosis - RE - pseudophacic LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है या नहीं

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE को यह सहायता मिल रही है

PASTE PHOTO HERE
Mr. Indresh
(0944)

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है, तो मेरी आवेदन पत्र तथा जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीर ध्यान "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैंने माँगा है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने माँगा हुआ पैसा प्रत्यक्ष रूप से नहीं है, उस रकम का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/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.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, चर, चरम/या इससे जुड़े अन्य स्रोतों/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनियों से लेने बिना भी इस सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैंने माँगा हुआ पैसा प्रत्यक्ष रूप से नहीं है, उस रकम का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण, जो कि सहायता के लिए माँगा गया है, उसे प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं, अपितु मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने माँगा हुआ पैसा प्रत्यक्ष रूप से नहीं है, उस रकम का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

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 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 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 सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्राप्त करने के लिए माँगा है।

1) अब कि मैंने माँगा है और मैं भी भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने के लिए माँगा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगा है, तो हम (हॉस्पिटल) इस बात का विचार भी करते हैं कि हमने माँगा हुआ पैसा प्रत्यक्ष रूप से नहीं है, उस रकम का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मैंने माँगा है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।

3) मैं (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने माँगा हुआ पैसा प्रत्यक्ष रूप से नहीं है, उस रकम का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

20/02/20

Dr. NEHA
DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ



Signature & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital

हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2