

SRF - C - 25 - 07 - 0805

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S/0725/0275 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12-7-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Mrs. Salme आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Yasin पिता/कन्या का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Gadherheru, Gadari Hemi, Sahanganpur, Bahadurpur, Uttar Pradesh, 207190		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Paste of post of Mr. Salme (0275)		
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (Family Income) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप-आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)		Yes / No हाँ / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Anand	40	M	Son
(2)	Anita	39	M	Son
(3)	Vaishali	40	F	Daughter in law
(4)	Sachin	21	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract			
	Surgery - LE - STCS with pnpa			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अभियंता द्वारा घोषणा पत्र:-

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य वास्तविकता नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस प्रश्न में सहायता माँगी है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता से पहले या बाद में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रीकंपेंसेशन ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभियंता द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रश्न पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अभियंता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में अधिकृत हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के पूर्ण होने के बाद भी प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकार की प्रकाशित जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के पूर्ण होने के बाद भी प्रकाशित किया जा सकता है।

2) मैं (अभियंता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है मुझे सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित जानकारी का प्रयोग अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभियंता के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हमने अभिमान, इस प्रकार की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए माँगी गई है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए किसी भी सहायता के लिए हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर हस्तगत होने पर रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी को सहायता प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12-7-2024

Dr. SUNIL VERMA
DMC No.- 20634

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

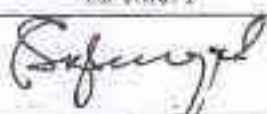
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं चिह्न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

