

SRE - C - 25 - 07 - 0879

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Sustaining block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/0725/0280

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14-7-2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Bhagwati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Late Mr. Suresh Pal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chausana, Vishat, Hbt. Sharali, Chausana
Uttar Pradesh, 247778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

 Paste of past of
Mrs Bhagwati Devi
(0280)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

17,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. पैन संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर-दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Varun	33	M	Son
(2)	Varun	33	M	Son
(3)	Prerna	30	F	Daughter in Law
(4)	Varun	18	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - IOL with PMMA

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञान/विज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत/झूठा दावा होगा तो मेरी आवेदन पत्र को वापस कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रयोग नहीं करूँगा, उस मदद को वापस या प्रकृत किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

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 or 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एम.एन.ए.ए.ए. द्वारा, वाचनात्मक, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम/अधिकृत है। मेरा प्रयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद/अनुदान है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग में लाया जा सकता है। इस उपयोग से "कोशिका" एम.एन.ए.ए.ए. को कोई भी लाभ नहीं मिलेगा और यह भी संभव है कि "कोशिका" एम.एन.ए.ए.ए. को कोई भी नुकसान हो सके।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप:

 p. self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this basepatient 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषित है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता पूर्ण न हो जाए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता पूर्ण न हो जाए, तो हमारे पास अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय सहायता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का इलाज/उपचार के चयन/प्रकार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/उपचार और अपने अपने को सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण रूप से संभालेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK

**ADMINISTRATOR
SCCH SAHARANPUR**

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14-7-2025

DR. SUNIL VERMA
DMC No. - 20634

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

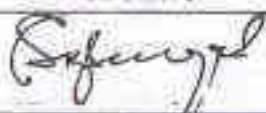
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजीकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

