

SRE-C-25-07-1115

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: S/0725/0294 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 17-7-2025 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Mr. Samedin आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 51 वयस वर्ष	SEX: M लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Shafi पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता House no - 60/200, 1st floor, Main Market, Main Mali Sahasrampur, Uttar Pradesh 201007		PASTE PHOTO HERE Pore op post op Mr. Samedin (0294)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 46,000 कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आप का सहाय्य प्रमाण) NA		
PAN No. (आप का आय कर संख्या): NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो भना हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Samedin	32	M
(2)	Samedin	33	M
(3)	Samedin	34	F
(4)	Samedin	35	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहाय्य के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहाय्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहाय्य हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract		
	Surgery - LE - SICS with PMMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहाय्य राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान/प्रतिपूर्ति/प्रतिपूर्ति, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरी छवि, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, जिन्हें "कोशिका" फाउन्डेशन, पत्र, प्रकाशन/दूरदर्शन या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगी। इस उपयोग का निर्णय "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी के पास होगा।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, स्वयं सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाते। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



P-self

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/गोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीयता उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय/वित्तीयता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में मंजूर नहीं किया जाता है कि अस्पताल द्वारा मंजूर उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/उपचार और अन्य करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई सुविधा 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

17-7-2025

Dr SUNIL VERMA

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]