

SRE - C-95-07-1190

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या

S/0725/0299

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18-7-2025

NAME of APPLICANT:

अवेदक का नाम

Mrs. Rekha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुष का नाम

Late Mr. Shivcharan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान

House No. 115, Village - Baheri, Baheri,
Baheri, Muzaffarnagar, Muzaffarnagar,
Uttar Pradesh 251202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान

Same as above

PASTE PHOTO HERE

Paste of past of
Mrs. Rekha
(0299)

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 संलग्न) N/A

PAN No. रण्डाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मन्त 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)		35	M	Son
(2)		31	M	Son
(3)		28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रधान 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) दरपानका 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
	IF — senile cataract
	Surgery — IF — STCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE लेई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर।

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता प्राप्त हुई हो वे भी अस्वीकार्य सिद्ध हो सकते हैं।
- 5) मैं इस को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से तो वांछित है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रारूप को भरा है, उस राशि का वसूली या भुगतान किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और/अथवा विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एक व्यक्ति, पत्र, सार्वजनिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को ज्ञापित करने की प्रयत्न करने में प्रयुक्त करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण को प्रत्यक्ष में बदले या खरब से बदले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपदर्शकों से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक व्यक्ति न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अस्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं का निशान

 p. self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को अंत में सामने/पिछे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञापित है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता प्राप्त करने या किसी अन्य स्रोत से उसका पूर्ण/आंशिक रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अस्वीकार्य हेतु प्रस्ताव नहीं किया जा रहा है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता प्राप्त करने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उस पूर्ण/आंशिक हेतु किसी और सहायता प्राप्त करने या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता के निर्देशों के अनुसार उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के हलायत सुरक्षित और अपने जाने को जारी विनिर्देशों से ही एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18-7-2023

Dr. SUNIL VERMA

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Name of Hospital's Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

