

SRE - C-25-07-1197

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

S/0725/0300

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18-7-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Omvishu

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Late Mr. Vinod

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

113, Behari, Behari, Muzaffarnagar,
Uttar Pradesh, 251202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

PASTE PHOTO HERE



Paste opposite of
Mrs. Omvishu
(0300)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

Yes / No

हाँ / नहीं

आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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)

Son

33

M

Son

(2)

Son

35

M

Son

(3)

Son

29

M

Son

(4)

Mangli

25

F

Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा 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)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्यास 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 - stress with Pnima

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE

ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायक निधि की रद्दगी होती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक निधि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायक हेतु यह प्रारूप की जा रही है, इस राशि का अधिक या सकल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/put 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, मंचनाया वगैरह उद्देश्य से किसी व्यक्तिगत और व्यक्तिगतों के लिये किसी भी प्रकार मंचना में प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निष्पन्न हो उतरान के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है वगैरह, सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


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.

हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की ओर से भवितव्यता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायक हेतु विधायिका की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी भी प्रकार से सहायक या किसी अन्य स्रोत से उधार ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/अवगत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तिय आवेदन/सहायक हेतु मंजूर की जाय जाय है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त ली जायेगी हेतु किसी भी प्रकार से मान्यता स्वीकार नहीं करता।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तिय प्रकृति की है। ली गई सहायक द्वारा ही गई सहायक या किसी भी हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव ली गई सहायक के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में ली गई सहायक शुरू और जाने जाने की सभी विधायिका ली गई सहायक की ली गई और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

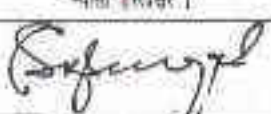
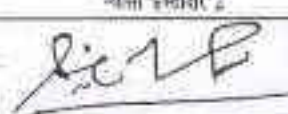
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 18-7-2025	 Dr. SUNIL VERMA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 2 
---	--