

SKE - C - 24 - 10 - 0951

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या:

S/0925/0455

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

अवेदक का नाम

Mrs. Meena

AGE-YEARS आयु वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Mr. Kanwarpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Nasaratpur, Dist. Saharanpur, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

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) NA

PAN No. आय का आयकर संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)

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 अवेदक से सम्बन्ध
(1)	Mr. Kanwarpal	36	M	Son
(2)	Mr. Kanwarpal	32	M	Son
(3)	Mr. Kanwarpal	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निवेदन आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निवेदन का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा सहायता पारि



PASTE PHOTO HERE

Pse op post op
Mrs. Meena
(0455)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता शिथिल की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए मैंने अन्य किसी भी स्रोत से सहायता नहीं मांगी है, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल मेरे लिए ही नहीं, बल्कि मेरे परिवार के सदस्यों के लिए भी उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा सहमति)

- 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 advertising purposes 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.
- 3) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जो कि "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के माध्यम से मेरी सहायता के लिए आवश्यक है।
- 4) मैं (अर्पणक) और मेरी सहमति है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए आवश्यक है, उसे मेरी सहायता के लिए ही नहीं, बल्कि मेरे परिवार के सदस्यों के लिए भी उपयोग करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Signature/Thumb Impression) pself

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामलों/रोगियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता नहीं मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे देने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-9-25	DR. SUNIL VERMA DMC No. 20634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी Dr. Shroff
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 (Signature)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 (Signature)
--	--