

SRE - C - 25 - 02 - 0205

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0925/0456

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 06-9-25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mr. Shyampal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कन्या का नाम

Late Mr. Kalu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gham Ahmadpur, Ahmadpur, Ht.
Saharanpur, Ahmedpur, Uttar Pradesh
247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

46,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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 संबंध
(1)	Saharan	96	M	Son
(2)	Saharan	28	F	Daughter in law
(3)	Saharan	19	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिवारिक रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संक्षेप
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवगत/प्राप्ति से जारी की गई प्रतिवेदन 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 सहायता 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 सहायता राशि



PASTE PHOTO HERE

Pore of past of
Mr. Shyampal
(0456)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा कलम)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबानी एवं कथन सत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का सख्त प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का भविष्य में सहायता निरास किया जाये और कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं उसे लिए है और मैं ही भविष्य में भुंका।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा कलम)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अगदी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् मीडिया, प्रिंट, पत्रिका/पत्र द्वारा वरद्वारा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात का विवरण मेरी सहायता के पक्ष में यह मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है दुसरे मध्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके मीडिया का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

 P. S. K.

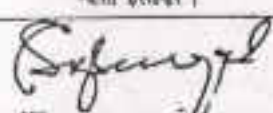
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलम)

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं वर्तमान और मैं ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु मरदर को बिना प्राप्त है तो अल्पसाल किसी अन्य स्रोत सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसाल द्वितीय मरदर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज सुरक्षित और करने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या निर्देश/पत्र इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-09-25	Dr. SUNIL VERMA DMC No. 20534 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 