

SRE - C - 25 - 09 - 0395

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0925/0466

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

Mrs. Veerwati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Late. Mr. Mahendra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

gudgaipuri, Gudgaipuri, Deeg Road, Saharanpur
Uttar Pradesh, 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (Family Income)

PAN No. ईपीएन संख्या

NA

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

क्या आप आय का दाखल हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन का साथ संबंध
01	Vishal	30	M	Son
02	Hemant	28	M	Son
03	Sahil	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस सीएल का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपगत/प्रातिपत्र से जोड़ी की गई आवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - RE - senile cataract with pterygia

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय 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

Pre op Post op
Mrs. Veerwati
(0466)

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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथम असत्य बात बताई है तो मेरी सहायता विना की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मंगल है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कमरा किया जाये अन्य कोई/निर्धनकारी/कम्पनी से न ली जाय और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/produce 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, दूर, साक्षात्कार दूरों सहित से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने की लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे स्वास्थ्य के पक्ष में मदद या कर के बारे में लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, पुणे भवन, सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक को हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

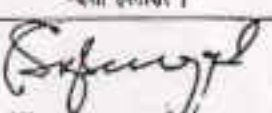
हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंधित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय। उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विहीन अतिरिक्त/प्रकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य या सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल ट्रीटमेंट परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सारण में नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इस्तेमाल प्रारूप में या सारण या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोगी को इस्तेमाल सुरक्षा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्तेमाल को होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-9-25	Dr. SUNIL VERMA DMC No. 30634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एड्रेस	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर/सिफारिश अधिकारी 
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 