

STRE - C - 23 - 06 - 1089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : S/1225/0737

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 09-12-25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Mrs. Sudesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम Mr. Balwant

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chahadpur Bahan, Bengli, Sahasrampur,
Uttari, Madhesh, 247305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Part of post op
Mrs. Sudesh

(0737)

OCCUPATION :
व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 48,000 Family Income

(Attach Proof of Income)
(आय का सत्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ संबंध
(1)	Amir	35	M	Son
(2)	Murwant	32	M	Son
(3)	Madhuree	30	F	Daughter in law
(4)	Ashy	27	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गर्व विनती 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 - RE - STCS 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अवैधक द्वारा घोषणा करना:

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. 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 is requested by me. 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 which this assistance is requested.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रकृत किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। मैं इसकी घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का खर्च है, उसका उपयोग किसी उद्देश्य को पूरित करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा रख है। मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रवृत्ति की नहीं है, उस राशि का भौतिक या वस्तुतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवैधक द्वारा करार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to 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.

I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, shall 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.

मैं प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अवैधक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोधी, धन, सचकारण द्वारा उद्देश्य से बड़ी विविधियों और कलाकारियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।

(अवैधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

किसके हस्ताक्षर या अंगूठे 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: 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 information essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 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 bear the sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

अभिप्रेत, हस्ताक्षर की ओर से मारले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रचार से मान्य व स्वीकार करते हैं। हम इस बात से सहमत हैं कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सचकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/विचारित उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो उपरोक्त सहायता और सचकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उपरोक्त द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सचकार से नहीं लेगा/लेगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सलाह या निर्देश गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारिता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery संरक्षण की तारीख 09-12-25	 Dr. Monika Jekrotia DMC No.-5208 (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 की ओर से अधिकृत
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	