

SRE-C-26-01-0412

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S10126/0792

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

8/1/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Bala

AGE-YEARS: जातु-वर्ष

77

SEX: लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Sataveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

House No - 43, Gaoth - Bhaupur,
Bhaupur, PO, PTC, Dist: Shahdol,
Madhya Pradesh - 491002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

P. u. of Post
Op Bala
(0792)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

54,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्पाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ramish	45	M	Son
2	Anil	40	M	Son
3	Ruslin	41	F	Daughter in law
4	Meena	38	F	Daughter in law
5	Anil	33	M	Grand Son
6	Anil	21	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई जातिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract
	LE - Senior Cataract
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगा गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञानिक द्वाग सोपण 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 पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं स्थान अशुद्ध यात्रा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं यहाँ पर प्रार्थना कर रहा हूँ, उस सहायता का उद्देश्य या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं नहीं लिये जा रहा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (applied for work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण या हस्ताक्षर के माध्यम से मेरे कार्य को लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेष्टा के दायरा का अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठित, हस्ताक्षरी की ओर से मन्त्रालयों को "वांछित" कार्रवाई" से विनियमन प्राप्त होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो कौशिक और न ही भविष्य में विविध सहायक किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वरूप से उभार रोगी/पासले में होने या ले रहे हैं, बल्कि अपने "कौशिक फाउन्डेशन" से विपरीत/विनिवृत्त उभार के सम्बन्ध में "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अवस्था/समय हेतु बन्दगी नहीं किया जाता है तो लगातार किसी अन्य गैर सरकारी स्वरूप या किसी अन्य संस्था/संघ से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस गृह्य में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल द्वितीय पहर उभार रोगी/पासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कौशिक फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल द्वितीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी एवं उपचार/प्रक्रिया का मुक्त रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उभार नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रारंभ और जाने की खरी दिनांकी रोगी एवं हस्पताल को जारी और "कौशिक" को कोई भविष्य या दिनांकी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સ્વીકારી એ લિપ સંસ્કૃતિ

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

8/1/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regr. No. with Stamp)

आकृष्ट को भूमि में हस्तांतरण के अर्थ में

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद : हस्ताक्षर अभिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्तक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 ज्ञासी हकगर्भा २

per