

SRE-C-25-OL-0469

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0796

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Daya

AGE-YEARS आयु वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Yogendra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

House no. 15816, Prempuke 2,
Musaffarnagar, Musaffarnagar, Uttar
Pradesh-251002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

49,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

NA

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य 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	Yogesh	55	M	Son
2	Mahendra	51	M	Son
3	Puspa	55	F	Daughter in law
4	Ranchan	49	F	Daughter in law
5	Suhant	29	M	Grand Son
6	Madan	26	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रकम के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नी कार्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन भूमी संलग्न
	Diagnosis - RE - Total Senile Cataract LE - Pseudophakia Surgery - RE - SPES 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 की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया): 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 5) मैं इस बात का समर्थन कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे मैं केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी। 6) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रीफंड किया है और न ही करूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया): 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 fulfilment 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 resuming 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चरम, कम्प्यूटर द्वारा इंटरनेट से मुद्रित विज्ञापनों को प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास कर सकें। इस प्रश्न का निष्कर्ष यह होगा कि फंडिंग का यह प्रयोजन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, अंतिम और स्थायी हैं। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया): 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. हमारे अधिकृत, स्वीकार्य की जा रहे मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदा. रोगी/रोगी के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से (सिफारिश/प्रस्तावित) उसी के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमारा निष्कर्ष है कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदा. रोगी/रोगी के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से (सिफारिश/प्रस्तावित) उसी के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के संबंध में किसे एवं रोगी/रोगी का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातें जो सही दिखेंगी वे सब हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति 	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10-1-2025	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीयन नं. सहित
ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमेशा अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	