

SRE- C- 25- 01- 0567

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Jh		
APPLICATION No.: <u>S/0125/0000</u>		APPLICATION DATE: <u>11-1-2025</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Mrs. Raj Kumari</u>		AGE-YEARS: <u>54</u>	SEX: <u>F</u>	
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>Mr. Pappu</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Village, Sundarpur, Post Office - Sundarpur, Chutmalpur, Sahasraberi, District Bhadrachal, 247662</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>48,000 (Family Income)</u>		(Attach Proof of Income) <u>NA</u>		
PAN No. (आपका पैन नंबर): <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No		Yes / No		
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	Pappu	55	M	Husband
2	Sonu	26	M	Son
3	Monu	23	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदक के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आता या (आवेदक पर की जाय प्रति जांच की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आता या (आवेदक पर की जाय प्रति जांच की)	Ration Card (Attach Copy) उपायगात्र कार्ड (आवेदक पर की जाय प्रति जांच की)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Cataract			
	LE - Total Senile Cataract			
	Surgery - LE - SICS WITH PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (बिमारी अन्य स्रोत से) लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका फ़ॉर्म भरने वाले):

- 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 बता रहा हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं बताया गया होगा तो मेरी आशय विवरण को वापस कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर निश्चयपूर्वक कह रहा हूँ कि "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद किसी भी तरह से, इस रोग का चिकित्सा या उपचार किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ॉर्म भरने वाले):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/photograph/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 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 फ़ॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कॉशिका फ़ाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाश दें, जो "कॉशिका" नाम से, धन, वस्तुओं का इकट्ठा करने में मुझे प्रोत्साहित करें और जानकारी को जहाँ जहाँ भी इसका उपयोग हो सकेगा करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी स्वीकार करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार को किसी भी अन्य स्रोत से "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से मदद नहीं मिलेगी।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी तरह से प्रकाश करने के लिए मैं स्वीकार करता हूँ कि "कॉशिका" नाम से मदद का इकट्ठा करेगा। इस मामले में "कॉशिका" नाम से मदद करने वालों को प्रोत्साहित करने और जानकारी देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

() P-seef

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा भरने वाले):

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, हम यहाँ पर सहमत हूँ कि "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से चिकित्सा सहायता से किसी भी तरह से, हमने या भविष्य में नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से सहायता/उपचार के लिए मदद माँगी है। यदि "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी।

- 1) यह कि हमने या भविष्य में किसी भी तरह से, हमने या भविष्य में नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से सहायता/उपचार के लिए मदद माँगी है। यदि "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी।

- 2) "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" के द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे द्वारा ही होना चाहिए और हमें सहायता/उपचार का चुनाव हमारे ही हाथ में होना चाहिए। हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी, हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें सहायता मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, स्वीकृति

Date of Surgery

उपचार की तारीख

11-1-2025

Dr. SEJAL

DMC No.-24178

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

डॉक्टर का नाम से हस्ताक्षर के साथ, 2

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

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

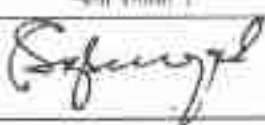
हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा 2

