

SRE-C-24-04-0733

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building School of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0808

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

14-1-2025

NAME of APPLICANT:

अर्धक: का नाम

Mr. Brajapal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER/SUBPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Sanganu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

House No 3, Malhotra Road, Near
Panchayat School, Haripur, Saharanpur,
Saharanpur, Uttar Pradesh, 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Put up Past up
Brajapal (0808)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

N/A

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

आम आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Radhesham	42	M	Son
(2)	Pulpa	39	F	Daughter in law
(3)	Brajapal	75	M	Grand Son
(4)	Prasanna	19	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - pseudophakia
	Surgery - RE - PHACD with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा करें):

- 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 reconsideration.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी लगातार सहायता को रद्द कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से सही था नहीं है, उसका उपयोग जारी उपचार को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रपत्र को नहीं है, उस रकम का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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/print/copy/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 प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, सप्ताहिक पत्रिका, दूरदर्शन के ज़रूरी कार्यक्रमों और कार्यक्रमों के लिए किसी भी प्रकार सप्ताहिक या दूरदर्शन के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण को प्रकाश में करने या अन्य से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को प्राप्त करने के प्रयोजन से दिये जाते हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" समूह अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रतिपक्षी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठा 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/undertaken 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से करता/करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या तो करे है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की सम्मति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/संयोजित हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी बात पर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन को सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेषकर तब तक रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेता।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो कोई उपचार या चिकित्सा कार्य प्रदान/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का उपचार सुरक्षित और उचित होने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अंगीकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14-1-2025

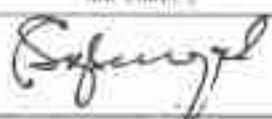
Dr. SEJAL
DMC No. 24178
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCHEER SAHABANIKU
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

