

SEE-1-25-01-0674

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No.: S/0125/0809		APPLICATION DATE: 14-1-2025	
NAME of APPLICANT: Mr. Vinod		AGE-YEARS: 67	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Kishinam			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Jadauda, Parda, Sahakarapur, Jadauda Parda, Uttar Pradesh, 247455			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000		(Attach Proof of Income) NA	
PAN No. NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sl. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Madhvi Kishan	30	F
2	Kishan	26	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Diagnosis - RE - Senile Cataract			
LE - Senile Cataract			
Surgery - RE - PHACD WITH PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sl. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	



PASTE PHOTO HERE

Pse up Postop
Vinod (0809)

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 rescission/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना प्रक्रिया को रद्द कर दिया जायेगा।
- 5) मैं इस प्रकार घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, जैसे कि बीमा, से नहीं लाभ उठाऊंगा, जो मेरे प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए है और मैं इस सहायता से लाभ नहीं उठाऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

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

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.

3) इस प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी पहचान, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता मांगी/प्राप्त की जा रही है, के माध्यम से, जिसमें मर्यादा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

4) मैं (अर्शक) और भी सहमत हूँ कि मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को किसी भी अन्य सहायता, जैसे कि बीमा, से प्राप्त होने वाले लाभ के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं मांगी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप):

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

By affixing her/his 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, हमारा/हमारे की ओर से प्राधिकृत/प्राधिकृत की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत हो स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और भविष्य में किसी भी अन्य सहायता से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य सहायता से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता के लिए है, जिसके लिए हमें सहायता प्रदान की जा रही है। यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य सहायता से वित्तीय सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट नहीं किया जा रहा है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है और इसका उपयोग केवल वित्तीय सहायता के लिए ही किया जा सकता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इससे स्पष्ट नहीं किया जा रहा है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति:

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

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

हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14-2-2025

Dr. SEJAL
Dr. No. 24176

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

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्निहित उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम की हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम की हस्ताक्षर 2