

SRE-C-25-01-0692

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सामान्य रोकथाम)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0125/0810

APPLICATION DATE : 14-1-2025

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mrs. Akhauri

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

Mr. Salim

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

house no kalsia Road village - Koshika
Koshika Behat Saharanpur
Uttar Pradesh 247151

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

Same as above.



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Akhauri (0810)OCCUPATION :
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) : NA

PAN No. स्वयं प्राप्त करना

NA

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

Yes / No

क्या आप आय का दावा करते हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्नित करें):

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 से संबंध
1	Akhauri	60	M	Husband
2	Akshad	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने बिना का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/युनी कोलन
	Diagnosis - RE - Pseudophacia 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथित):

- 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 retraction/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन प्रमाण प्रस्तुत कराया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से जो रहा हूँ, उसका उपयोग उसे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथित)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 it's 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.

- 1) इस प्रकार जब अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाया, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो आदि का विवरण इस प्रारूप में प्रसारित है, इसे "कोशिका" प्रसार, प्रसार, दान, समर्थन हेतु उद्देश्य से मुझे सविशेषता और प्रसारित करने के लिए किसी भी इसका प्रसारण या प्रसारित करने की शक्ति अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण को प्रसारण के पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी अधिकृत है।

- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रसारण प्रसारण के लिए अधिकृत और प्रमाणित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित)

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

हमारे, अधिकृत, हस्ताक्षरों को जो कि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी एक सहायता समर्थन या किसी अन्य स्रोत से इस रोग/रोगी के लिए या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य एक सहायता समर्थन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश प्रदान करने के लिए/प्रमाणित हेतु किसी एक सहायता समर्थन या किसी अन्य सहायता से नहीं सिफारिश।

- 2 "कोशिका फाउंडेशन" से जो कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर द्वारा जो कि सहायता का विवरण प्रदान प्रदान/प्रक्रिया का चुनाव सभी अपने हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे द्वारा प्रदान में रोगी के प्रत्येक चिकित्सा और करने करने की सारी जिम्मेदारी सभी एक हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए, हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14-1-2025

Dr. SEJAL
MD

DMC No. 24176

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCGH SAHARANPUR
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जब व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2