

SKE-C-25-01-0732

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of 24

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

S/0125/0813

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

14-2-2025

NAME OF APPLICANT

आवेदक का नाम

Mr. Aalim

AGE/YEARS

वर्ष/वर्ष

66

SEX

लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Fatta

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Kothdi, Kothdi, Kothdi, Sahayapur,
Kashimata Sahayapur, Uttar Pradesh,
201129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Page of Post of
Aalim (0813)

OCCUPATION

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त संख्या)

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

आप आय कर का दाता हैं (जो योग्य हो उस पर चिह्न 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Nafisa	64	F	Wife
2	Filkan	32	M	Son
3	Falish	30	M	Son
4	Alvan	07	F	Daughter in law
5	Zainab	05	F	Daughter in law
				Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध था (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - 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 प्राप्त प्राप्त हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई 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 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.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाण प्रस्तुत किया जाता है तो कोई व्यापक निन्दा की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले का पता है, उसका उपयोग पूरी उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने पिछले में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले 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 & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/record 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 प्रारूप पर (अर्शिका द्वारा घोषणा की जायेगी) मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए घोषणाओं को प्राप्त करने के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग कर सकते हैं, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी मेरे बिना किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी मेरे बिना किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 it's 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 (if 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, वरिष्ठता की ओर से सारांश/रिपोर्ट का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बरतारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए या तो कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए या सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्रारंभ करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है, तो हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत नहीं है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिले का पता है, जो कि केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी को उपचार करने के लिए अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

14-1-2025

Dr. Monika Jasrotia

PMC No. 5208

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

हम व हमारे हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]