

SRE-L-25-01-0842

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

S/0125/0818

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

16-1-2025

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mrs. Ramvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

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

Mr. Johan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

house no, Gathi Hazanpur, Shanti,
Vidya Pradish - 247778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Ramvati (0818)

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 करें)

NA

PAN No. (कोई खाता संख्या)

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Johan	63	M	Husband
2	Sunil	25	M	Son
3	Nikhil	23	M	Daughter in law
4	Namini	19	F	Grand Son
				Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियत आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियत का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों के सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract Surgery - RE - SICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए 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: I/We are not aware of any other persons who are or have been involved in the same or a similar case.

- 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 for.
- 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 कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सारे सचरे विवरण सही व्यवस्था में अनुसार सच एवं सही हैं। जो कोई विवरण जो कल्पन अथवा गलत सच है मैं उसे सहायक निम्न में वा सकता है।
- 2) मैं इस वा सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ले वा सही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच सच है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने सहायक इस वा प्रश्न को सच है, इस उद्देश्य वा सहायक वा सहायक निम्न निम्न अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से वा ले निम्न है और न ही सहायक में लेता।

AGREEMENT by APPLICANT: ☐ ☐ ☐ ☐

- 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/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 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 प्रश्न पर अपने उत्तर में लेखक को ध्यान लगाना है, मैं (अर्पितक) अपनी सहमति की पुष्टि कर रहा हूँ एवं "कश्मिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विषय इस प्रश्न में बताना है, उसे "कश्मिका" एकाग्र समाज, धर्म, समाजवाद द्वारा उत्पन्न में मुझे संतुष्टिपूर्वक या लाभकारी के तिन किसी भी उपाय वास्तव में प्रयोग करने के लिए सीमित है। मैं प्रश्न का विचार की इससे कि पहले या बाद में करने के लिए "कश्मिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता को अर्पित नहीं करता। इस मामले में "कश्मिका" एकाग्र समाज न्यासी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 वास्तविक वा प्रमाणिक वा बायाँ हाथ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: I HEREBY DO NOT

By affixing her/his signature to this Affidavit, Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kozyra Foundation, we (Hosodan Herby) 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 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.

इसकी पहचान इसकाशी की जो नई पारलमैन्ट का "ओपिकल स्टारसेम" से किया जाएगा वह विधायी की पारी है, जिसे हम (हमसावा) निम्न प्रकार से मान न स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इसीकाली के विषय संस्कृति

Date of Study:

आविष्कार के महीने

164-2028

Dr. Monika Jasrotia

DMC No.-5208

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

४३७११ का नमूना में प्रमाणित है कि यह

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

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

नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्ताक उपयुक्त हई

SIGNATURE of TRUSTEE 1

—सुनील कुमार

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपका हस्तक्षेप