

SRE-C-25-01-0831

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/0125/0819		APPLICATION DATE: 16-1-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mrs. Anita		AGE-YEARS आयु वर्ष 58	SEX लिंग F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम Mrs. Parmod Kumar		 PASTE PHOTO HERE Pate op Post op Anita (0819)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				
near Veng Wadia cable operator building colony Bhagadda nagar Sahakarapur Sahakarapur Makur Sahakarapur Uttar Pradesh				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता 247001				
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income): (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्वतंत्र आय संपन्न NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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 के साथ सम्बन्ध
01	Parmod Kumar	60	M	Husband
02	Sachin	18	M	Son
03	Punit	15	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सीबी (आय के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सुची संलग्न			
	Diagnosis - RT - senile Cataract LE - Pseudophakic			
	Surgery - RE - 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 तो गई सहायता जारी		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में प्रदात है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का रीमर्बर्समेंट या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

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/print/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.

3) इस आवेदन का अर्थ इस प्रकार का होगा कि आवेदनकर्ता, मैं (आवेदक) अपनी प्रसिद्धि की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, प्रकाशित/प्रसारित/प्रसारण के माध्यम से दूसरों को सूचित करने के लिए प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकार का प्रसारण मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी जारी हो सकता है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो मेरी सहायता के अर्जन के लिए प्रेषित है प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का अर्जन नहीं करने का इस अवसर में "कोशिका" द्वारा जारी किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक या दायाँ हाथ का अंगूठा का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

By affixing Hospital's signature or our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

हार्दिक अंगीकार, हस्पताल को यह से समझाव देने का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता सेु निषेधित की जाती है, किसे इस (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त न किया जाये।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अस्वीकार/प्रकार सेु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में हस्पताल को यह स्वीकार करना है कि हस्पताल द्वारा प्रस्तुत किया गया निरीक्षण और निरीक्षण के आधार पर सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार के चयन का निर्णय हस्पताल और रोगी के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं होता है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के उपचार सुनिश्चित करने के लिए सभी आवश्यकताओं को पूरा करेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Koshika

Date of Surgery उपचार की तिथि 16-1-2024	Dr. S.F. JAL DMC No. 2476 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व तिक. नं.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SCHEERAM HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आसी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आसी इलाका 2
---	---