

SRE-C-25-01-0837

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0125/0821		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 16-1-2025		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mrs. Santosh		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रक का नाम : Late Mr. Kamish				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : gaon mila maha nagari, Naxos, Sahasrampur, Kamboh, Mathia, Uttar Pradesh, 247131				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 50,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA		
PAN No. (आई. टी. एन. संख्या) : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रमाण को उचित पर चिह्नित करें) : Yes / No 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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Natish	38	M	Son
(2)	Geeta	33	F	Daughter in law
(3)	Sonu	12	M	Grand Son
(4)	Mamie	10	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basic/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / प्रस्तावित हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि प्रस्तुत करें			
	Diagnosis - RE - Senior Cataract			
	IE - Senior Cataract			
	Surgery - IE - PHIMED With PMMA			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरेगा)

- 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 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 insurance/employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं भ्रमपूर्ण ज्ञान प्राप्त होता है तो इसे अस्वीकार किया जायेगा और मैं इसकी है।
- 2) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि "अर्शिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि इस प्रारूप में, मैं अब किसी भी तरह से, इस रोग के चिकित्सा या उपचार के लिये किसी अन्य बीमा/कर्मचारी बीमा कम्पनी से मदद या लाभ नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करेगा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its trustees to use/publish/post/propagate 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 अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छाप करके, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "अर्शिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "अर्शिका" द्वारा अपनी चर्चा, संचारण या प्रचार प्रसारण में दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करके या फिर अधिकृत है। मेरे प्रारूप को प्रसारण को प्रसारण के लिये या बाद में करने के लिये "अर्शिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रारूप में प्रेषित है प्रकाशित, संचारण या प्रचारण नहीं करेगा। इस संबंध में "अर्शिका" द्वारा अपनी सहमति के लिये अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 का निशान

 P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेगा)

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 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 adopted/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, प्रस्तावित की जाये या अन्यथा किसी भी "अर्शिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकेंगे, जो कि हमें प्राप्त करने के लिये या प्राप्त करने के लिये, जैसे कि हमने "अर्शिका फाउन्डेशन" से निवृत्ति/निवृत्ति प्राप्त की सहायता में "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्ति/निवृत्ति/निवृत्ति हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकेंगे या सहायता स्रोत को अधिकृत पुष्टि करता है। इस लक्ष्य में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता निवृत्ति/निवृत्ति हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकेंगे।

- 2) "अर्शिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। यहाँ पर हमें स्पष्ट है कि यह सहायता या मदद के लिये प्रस्ताव/प्रक्रिया का चुनने और इसे प्रस्तावित करने का अधिकार है जो "अर्शिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हमें स्पष्ट है कि हमें सहायता या मदद के लिये प्रस्तावित करने के लिये और "अर्शिका" को कोई प्रस्ताव या प्रस्तावित नहीं कर सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery

उपचार की तारीख

16-1-2025

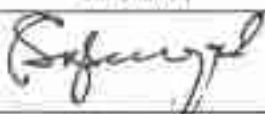
Dr. SEJAL
DMC No. 24378
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCEH Srinagar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
नाम व नं. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(आसी हस्ताक्षर 1)



SIGNATURE of TRUSTEE 2
(आसी हस्ताक्षर 2)

