

SRE-C-25-OL-0822

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No. : (आवेदन संख्या) : S/0125/0824		APPLICATION DATE : 17-1-2025 (आवेदन तिथि)		
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम) : Mr. Rishupal		AGE-YEARS : 58	SEX : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : (पिता/सहोदर का नाम) : Late Mr. Bihram Singh		 PASTE PHOTO HERE Photo of Post of Rishupal (0824)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : (वर्तमान निवास पता) : Gachhi Abdullah Khan, Shamli, Uttar Pradesh - 204778				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (स्थायी निवास पता) : Same as above.				
OCCUPATION : (व्यवसाय) : Labour				
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय) : 50,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
PAN No. : (पैन नंबर) : NA		Attach Proof of Income : (आय का साक्ष्य प्रमाण) : NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय करदाता हैं (जो पान में इस पर सही का निशान लगाएं)) : Yes / No : ☒ No				
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (सदस्य का नाम)	Age (Years) (वय)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से संबंध)
(1)	Mitlesh	35	M	Wife
(2)	Basant	30	M	Son
(3)	Talwant	26	M	Son
(4)	Deepa	23	F	Daughter in law
(5)	Arun	18	M	Grand Son
(6)	Sachin	05	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): (सहायता के लिए विधि आधार)				
SPL Card: (Attach Card Copy) (आवेदक को दिए गए आधार कार्ड)		ESIS Certificate: (Attach Certificate Copy) (आय कर का प्रमाण पत्र)		Ration Card: (Attach Copy) (आधार कार्ड)
Any Other Basis/Proof: (अन्य कोई आधार)				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किए गए निवेदन का उद्देश्य):				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित कोई भी प्रमाणित सूची संलग्न)			
	Diagnosis - RE - Pseudophakia			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: (इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है)				
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (जो भी सहायता मिली)		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रेषित करें):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात की गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को नहीं, इस घोषणा का अधिकतम या अधिक हिस्सा किसी अन्य स्वास्थ्य/व्यापारिक/वैयक्तिक कामों में न ही खर्च करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करें):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to establish/publish/disseminate 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) यह उद्देश्य है कि मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जो "कोशिका" द्वारा मेरी, मेरी पत्नी, मेरे बच्चे, मेरे परिवार के सदस्यों या किसी अन्य व्यक्ति के लिए किसी भी प्रकार के वित्तिय सहायता के लिए प्रेषित किए जा सकते हैं।

2) मैं (अर्शिका) और मैं सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सामान्य के उद्देश्यों से प्रेषित नहीं किया जा सकता। सहायता का हस्ताक्षर भी किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें):

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 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से हस्ताक्षर/अंगुली का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी व्यक्ति को हमारे या किसी अन्य व्यक्ति के लिए उद्देश्यों के लिए प्राप्त करने के लिए कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संभावना में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित अधिकतम/पूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा हस्ताक्षर/अंगुली का निशान हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि हमारा हस्ताक्षर/अंगुली का निशान किसी भी प्रकार के वित्तिय सहायता से नहीं प्राप्त होगा।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रेषित प्रकृति की है, उसे या हमारा द्वारा ही नहीं किया जा सकता कि हमें कोई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं करना हमारा है। हमारा हमारा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा में हमें केवल सहायता और हमारे जाने को नहीं मिलेगी। हमें एवं हमारा को हमारे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

ARNAB MODAK**ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR**

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

17-1-2025

Dr. NEHA
17/01/2025

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अमी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अमी हस्ताक्षर 2

Safaryal