

SRE-C-24-12-0842

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/1125/0825

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Omvire

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Prapal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pindauria, Ishangpur, Pindauria,
Shamli, Rajasthan, 347778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Paste of Post of
Omvire (0825)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. आयुक्त (पैन) संख्या

NA

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

आम आय आय का दाता हैं (जो मानें 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Omkali	59	F	Wife
(2)	Sushashan	57	M	Son
(3)	Rusheendra	35	M	Son
(4)	Sanjiva	29	F	Daughter in law
(5)	Kanika	24	F	Grand Son
(6)	Ravi	15	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा का प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र को संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र को संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अनुमति पत्र को संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Schiel Cataract LE - Pseudophacia
	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 प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 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 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 गलत बयान आसक्त पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इससे आसक्तता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से सही बता रही हूँ। उसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भेंट करा है।
- 6) मैं पूर्णतः वास्तविक हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं करूँगी, इस राशि का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भुगतान भी नही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/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 fulfilment 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या छापों की अपेक्षापूर्वक, मैं (आवेदक) अवगत करवाती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रसारण, प्रकाश, प्रकाशन या दूसरे माध्यम से मुझे गोपनीयता और जानकारी के लिए किसी भी प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न या विवरण की प्रत्येक को प्रदान करने के लिए मैं अपने को "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रसारण, प्रकाश, प्रकाशन या अन्य माध्यमों का उपयोग करेगा और भुगतान करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप।

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.

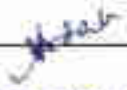
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे गोपनीयता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता से प्रभावित नहीं करती है, जिसे हम (हस्पताल) सिम प्रदान करने में सक्षम न हो सकें।

3) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करूँगी या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता को लेने या ले रही हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने को प्रस्तावित है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भुगतान करेगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत नहीं करेगा तो मैं अपने आप किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखती हूँ। इस प्रश्न में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल इसी प्रकार सहायता लेने/प्रदान करने के लिए सहायता लेने का किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/प्रदान करेगी।

4. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रदान की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी अन्य स्रोत/प्रदाता का चुनाव नहीं है। हमें सहायता के लेने का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। इसलिए हस्पताल में सभी को प्रदान करने और अपने अपने को सही निर्णय लेने की पूर्ण हस्पताल की होती है। "कोशिका" को कोई भुगतान या निर्णय लेने इस प्रश्न में नहीं करेगी।

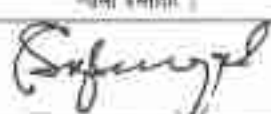
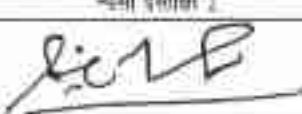
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17-1-2025	 Dr. Ramandeep Kaur DMC No.-50985 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इसका नं. स्पष्ट करें।	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 असौ इलाका 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 असौ इलाका 
---	--