

SRE-C-25-01-0961

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0026

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Mala

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Ompral

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

House no - 94, Muzaffarnagar, Road,
Gagadhipuri, Saharanpur, Uttarakhand - 247664

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pse op Post op
Mala (0026)

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 प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. मातृ पैन संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
01	Deepak	38	M	Son
02	Shreya	35	F	Son
03	Meenakshi	32	F	Daughter in law
04	Varun	19	M	Daughter in law
05	Ansh	13	M	Grand Son
06	Avika	03	F	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) एरोमी देख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थव्यवस्था वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Pseudophakic LE - Hypermature Cataract Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 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 घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, जो इसी या किसी अन्य सहायता/रोक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ले लेना है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

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/post/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 on 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति भी घोषित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्ड, मासिक, वार्षिक, वार्षिक या अन्य माध्यम से सूचीबद्धियों और प्रचारियों में प्रयोग करने को इसका अधिकार है। मेरा प्रश्न कि विवरण को प्रचारकों को प्रयोग करने से करने से कि "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकार अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फण्ड, उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका या सहायता का अंगुली का निशान



P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता/प्रक्रिया के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तिय सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित करता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः धरत उम्मीद कर रहे हैं कि किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे करने को सही निर्णयों एवं एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की निम्न अनुमति

Date of Surgery अवधि की तारीख 18-1-2025	 Dr. S. P. Singh (Name of Dr. S. P. Singh with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Administrator with Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आमंत्रित हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आमंत्रित हस्ताक्षर 2
	