

SRE- C-25-01-LAS1

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: S/0125/0034		APPLICATION DATE: 21-1-2025		
NAME of APPLICANT: Mr. Hem Singh		AGE-YEARS: 72	SEX: M	
FATHER/SPOUSE NAME: Late Mr. Kati Ram		 PASTE PHOTO HERE Pres of Post of Hem Singh (0034)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Mawli, Khilid, Mawli Kalam, Sahasrampuri, Uttam P. Pradesh, 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Labourer	MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000	(Attach Proof of Income) NA			
PAN No. NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
आप आय कर देता है (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):		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	Nalish	57	M	Son
2	Katish	57	M	Son
3	Utmila	50	F	Daughter in law
4	Maya	45	F	Daughter in law
5	Maharaj	33	M	Grand Son
6	Pankaj	33	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):				
सहायता के लिए निम्न आधार				
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे उत्तरा या (अगर हा हा की छाप उठि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) संलग्न आय वर्ग उत्तरा या (अगर हा हा की छाप उठि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (अगर हा हा की छाप उठि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"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 प्रतिवेदन सुनी संलग्न			
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract Surgery - LE - PHACO WITH PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से मिला गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फुल घोषणा करे):

- 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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रकार से मिले एवं प्रदी बिमल की जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई बिमल एवं कतार प्रमाण प्राप्त बाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 5) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से माँ गया है।
- 6) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैंने सहायता हेतु/प्रदान करने की नहीं है, उस प्रति का अधिकतम सफल बिमल किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कतार)

1) By affixing my signature or Thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/forward/out up/revivide 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. Dupli 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 प्रकार से अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो बिमल इस प्रकार से प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, कतार/प्रमाण द्वारा उद्देश्य से दूसरी परिस्थितियों और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने का हित अधिकृत है। मेरे द्वारा जो बिमल की जानकारी के अनुसार सच एवं सही है, उसे मैं अपने बिमल "कोशिका फाउंडेशन" से न्यारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिमल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, उसके द्वारा, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अधिक और अन्तिमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शिका द्वारा कतार)

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.

इसमें अधिकृत, हमारा जो अंगुली की छाप प्रदान करने के "कोशिका फाउंडेशन" से बिमल सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिमल प्रकार से सच व अधिकृत करते हैं।

1. वह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में बिमल सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रमाणित उद्देश्य के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिमल अधिकृत/प्रमाणित हेतु सच नहीं किया जाता है तो हमारा बिमल अन्य भी जानकारी सच या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत सच है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वारा प्राप्त उद्देश्य प्रदान करने हेतु किसी भी प्रकार से किसी अन्य सहायता से नहीं सिफारिश।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने एवं सहायता केवल बिमल प्रमाणित की है। लेने या हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट है कि लेने एवं उपकरण/प्रमाणित का प्रमाण लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का बिमल है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर ने लेने के अन्तिम प्रमाण और अंगुली की छाप को जारी रखने के लिए हस्ताक्षर की छाप और "कोशिका" को कोई अधिकृत या बिमलकारी इस मामले में नहीं करी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रमाणित

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

21-1-2025

Dr. SE. T. Singh
(Name of Doctor/Physician with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
SCEH SAHARANPUR)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2