

SRE-C-24-09-1769

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life
APPLICATION No.
आवेदन संख्या

S/0125/0835

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

21-1-2025

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Mrs. Kiran

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम

Mr. Singhal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Madnaski, PO: Pohnasi, DIST:
Saharanpur, Uttar Pradesh - 247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Photo of
Kiran (0835)

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

48,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि आय प्रमाण)

NA

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

क्या आप आय कर कादाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से क्या सम्बन्ध
1	Singhal	65	M	Husband
2	Madan	40	F	Daughter in law
3	Madan	38	F	Daughter in law
4	Madan	19	M	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय कार्ड का प्रमाण प्रदान करें (आय प्रमाण की प्रमाण प्रदान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण प्रमाण प्रदान करें (आय प्रमाण की प्रमाण प्रदान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय प्रमाण की प्रमाण प्रदान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे करने सिविल का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिपत्र संलग्न
	Diagnosis - RE - Pseudophacia LE - Senile Cataract Surgery - LE - PHACO with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना):

- 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 re-evaluation.
- 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 स्पष्ट कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले जा रही है, उसका उपयोग और उपयोग को पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 6) मैं यहाँ स्पष्ट कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिक या समान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/subsidiary-use/condone 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 its 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.

3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अपेक्षित करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दण्ड, फसलाया हुआ उद्देश्य से लुप्टी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं अपने इस विवरण से इसका भी प्रयोग कर सकता हूँ या नहीं कर सकता हूँ। "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है। मुझे स्पष्ट है कि सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी गतिविधियों का निरंतर अद्यतन और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना):

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 its 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) This 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, उपस्थितियों को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) स्पष्ट करता हूँ कि हम न स्वीकार करते हैं।

3) यह कि न तो हमारे और न ही कोशिका से वित्तीय सहायता किसी भी स्तर पर समर्थन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में कोई बाधा नहीं है, जब कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित प्रदान की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/अन्य से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य से सहायता समर्थन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ स्पष्ट करता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की सहायता केवल रोगी/रोगी से किसी भी सहायता समर्थन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।

4) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का उपचार सुझाव और अन्य चर्चा की जाती है/करने वाली रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-1-2025	 Dr. Charul Jain DMC No.-109387 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, मु.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCPH SAHARANPUR (Name, Designation & Name 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 नामों द्वारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों द्वारा 2