

SRE-C-25-01-1049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0036

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21-4-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Kamlesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Nathuram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mainkhurd, Sahatganj,
Uttar Pradesh - 241001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

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 संलग्न)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो भन्ने हो उस पर सही का निशान 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 के साथ संबंध
(1)	Rajesh	45	M	Son
(2)	Rishabh	30	M	Son
(3)	Somya	27	F	Daughter in law
(4)	Deepa	25	F	Daughter in law
(5)	Rajesh	23	M	Grand Son
(6)	Rishabh	19	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिष्ठित रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) संलग्न आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract
	LE - Senior Cataract
	Surgery - RE - SRS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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 agree to 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.
- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बताया गया है तो मेरी आशा है कि मैं अयोग्य हूँ।
- 2) मैं यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए प्रयोग की जाएगी, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने कभी नहीं और भविष्य में भी नहीं, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना)

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/print/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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में बताये गये, उन्हें "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों से दूसरी व्यक्तिगत या पेशेवर उद्देश्यों के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रयोग कभी भी मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं करता है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए दिये गये हैं, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं करता है। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना)

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.

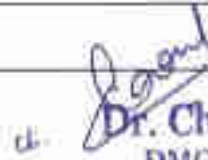
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जो कि हम यहाँ पर दे रहे हैं, वह "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को दर्शाता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर हमारा मत है कि सहायता सिर्फ वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

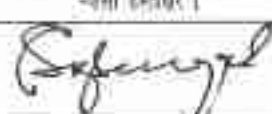
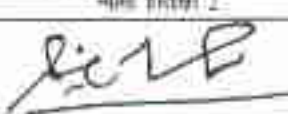
2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूर्ण और संपूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को रोगी के इलाज या परिणामों में कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शिका को स्वीकार्य

Date of Surgery अपराध की तारीख 21-1-2025	 Dr. Charul Jain DMC No.-109367 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज नं. लि. 2	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2 
--	---