

SRE-C-25-01-1211

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Hope of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S10125/0843		APPLICATION DATE : 23-1-2025 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Bhagwan Devi		AGE-YEARS मासु-वर्ष : 63	SEX लिंग : F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Late Mr. Satish		 PASTE PHOTO HERE Put up Put up Bhagwan Devi (0843)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Sabdalpur, Shivedaspur, Sahalampur, Uttar Pradesh - 247001					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. (यदि प्राप्त हो) : NA		Tax / No. है / नहीं			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय आकर कर-दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1)	Nitish	43	M	Son	
2)	Naveen	28	M	Son	
3)	Savitra	42	F	Daughter in law	
4)	Arjun	25	M	Grand Son	
5)	Arjun	20	M	Grand Son	
6)	Arjun	16	P	Grand daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किस आधार पर					
EPs Card (Attach Card Copy) सर्वोपलब्ध रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे करने जितनी का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपक्षों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Senior Cataract				
	LE - Senior Cataract				
	Surgery - RE - PHACO WITH PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- I hereby declare 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 suspension/termination.
- 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.
- I solemnly 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.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवृत्त एवं अन्य सहायक प्राप्त होता है जो मेरी सहायक निधि को प्रभावित है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु का उपयोग नहीं किया है, न ही करूँगा और अधिक या कम निधि किसी अन्य प्रोपॉजिशन/वैधानिक कानून के तहत लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to: (use/print/dupl-up/photograph 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य इस प्रारूप में घोषित हैं। इसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह से किसी भी माध्यम से इकट्ठा किया जा सकता है और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी को फैलाया जा सकता है। मेरी तस्वीर और मेरे उद्देश्य का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाला)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
 - 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 declaration essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- यहाँ पर हस्ताक्षर, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है। जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 - यह कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से प्राप्त करने के लिए या नहीं करते हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक प्राप्त करने के लिए या नहीं करने का फैसला किया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायक नहीं दी जाती है, तो हम अपने शेष कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायक प्राप्त करने के लिए या नहीं करने का फैसला कर सकते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायक हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना होगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक प्राप्त किया जा रहा है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्राप्त करने का फैसला कर रहे हैं। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भूमिका नहीं है। इसलिए हस्पताल से सही से उपचार सुनिश्चित करने वाले को सही उपचार हेतु हम हस्पताल की भूमिका "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23-1-2025

Dr. SEJAL
DMC No. 14176

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर के साथ

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहली इलाका

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरी इलाका

[Signature]