

SRE-C-25-01-1212

Koshika
Foundation
Building Work of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. आवेदन संख्या : S/0125/0844		APPLICATION DATE : 23-1-2025 जारीतारी तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम : Mr. Balvir		AGE-YEARS मासु-वर्ष : 65	SEX लिंग : M	
FATHER/DISPOSER'S NAME : निधनरतन का नाम : Late Mr. Samer				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान का पता House No - Sahdolepur, Shindaspur, Haryana Palam nagar, Road, Sahdolepur, Shindaspur, Sahdolepur, Haryana Pradesh - 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान का पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 47,000		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें) : N/A		
PAN No. (आई टैक्स संख्या) : N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
(1)	Rakesh	45	M	Son
(2)	Ruby	42	F	Daughter in law
(3)	Himanshu	39	M	Grand son
(4)	Siya	33	F	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Aash Card Copy) संविदा रीक के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न कार्य किन्हीं का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract				
Surgery - LE - PHACO with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन पर)

- 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, null & void & non-reimbursable.
- 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 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.
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं है, तो यह सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य के पूर्ण रूप से होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु का उपयोग नहीं करूँगा, जो किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो मिले है और न ही भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन पर)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/withhold/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 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका फाउंडेशन और उसके भरोसे) को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, उनके सदस्यों, उनके कर्मचारियों, उनके डॉक्टरों या दूसरी संस्थाओं को उपयोग के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्शिका फाउंडेशन) यह भी सहमत हूँ कि मेरी पता, नाम, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिए नहीं प्रसारित किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका फाउंडेशन के अंगूठे का निशान

(Signature/Thumb Impression)

P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शिका फाउंडेशन पर)

- 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:
- 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.
 - 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 not in any 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 this matter.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त कर ले सकते हैं।
- यह कि हम (हस्पताल) और हम (हस्पताल) से वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकृत अधिकृत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर सकते हैं। इस प्रश्न में उल्लिखित है कि अर्शिका फाउंडेशन द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जो कि हम (हस्पताल) द्वारा ही नहीं कर सकते हैं, बल्कि हम (हस्पताल) द्वारा ही नहीं कर सकते हैं।
- हम (हस्पताल) और हम (हस्पताल) से वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

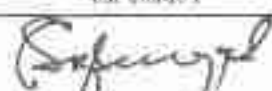
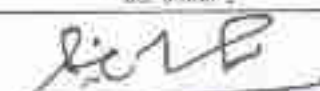
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 23-1-2025	Dr. SEJAL DMC No. 2476 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व दिनांक	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Hospital & Sign of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहला भरोसा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरा भरोसा 2 
---	--