

SRE-C-26-01-1218

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/0126/0857

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Rakmo

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Mr. Jaipal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ghateda, Ghatiga, Sahabapur,
Uttar Pradesh - 247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post
OP - Rakmo
(0857)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हां / 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 सम्बंध
1	Jaipal	56	M	Husband
2	Harsh	24	M	Son
3	Akhil	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis- RE- Senile Cataract LE- Senile Cataract Surgery- LE- STCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया-जवर्ना, को इस प्रारूप में भर गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्तेमाल या प्रयोग के लिए सहमत, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करते हुए एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एकात्मिक, धर्म, चरित्र, आदि के उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रोक्त है जुड़े प्रश्न: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकात्मिक स्वामी का निर्णय अंतिम और अप्रकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवश्यक नै इतनासा वा अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case(patient) for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) hereby affirm & accept following:

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

हजारों अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्मलेणों को "कोटिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हथ (हथपत्र) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार कराते है।

- 1) यह कि न तो व्यक्तिगत और न ही संस्थागत किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वरूप से उक्त रंगी/भांगल में जंग या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकाफाउन्डेशन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रिती अशिक्षा/सफल हेतु मन्दुर नही किया जाता है तो अमरता किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुचित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अमरता प्रिती मरद उक्त रंगी/भांगल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नही लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो कई सहायता कोशिका प्रकृति की है। रंगी पर हरमरत द्वारा ही गई सहायता या किसी नये उपचार/प्रक्रिया का अनुभव रंगी एवं सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नही है। इसीलिए सहायता में रंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं सहायता की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

221+126

Dr. NEHA
DMC No.-58989

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

डाक्टर का नाम व सुस्ताला व रुग्. न.

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

यम न एद हस्पतात अधिकत अणिकसी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्ताभ्यां ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ब्यान्सै इन्सायल २

Self