

SRE - C - 26 - 02 - 0475

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S/0226/0891 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/02/20 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: Mrs. Ramesh आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 55 उम्र-वर्ष:	SEX: F लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Khabadi पिता/कटुस्थ का नाम:				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill. RALLARPUR, Islam Nagar, Jhama Nagar, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247457 वर्तमान निवासीय पता:		PASTE PHOTO HERE Pre op post op Mrs. Ramesh (0891)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी निवासीय पता:				
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (family Income) कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें): NA		
PAN No. स्वयं का PAN संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो माल्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):		Yes / No हां / नहीं: ☒ No		
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 सम्बन्ध
(1)	Ramab	35	M	Son
(2)	Mangal	30	M	Son
(3)	Rekh	29	F	Daughter in law
(4)	Anu	29	F	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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 विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - pseudophacic LE - senile cataract			
	Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक 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 कवन सहायता प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु याक प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस रकम का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हाइडर/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनायक दूसरे उद्देश्य से खुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाचना से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या व्यय से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है कुछ सत्य है; सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधककारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) By affixing hereunder, signature of our Authorised 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) 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. इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/पंजी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सरकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो यह सहायता केवल विधि इच्छा की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या कितने गये उपचार/प्रक्रिया या भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और उसे को को नहीं विनियोगी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुविता या विनियोगी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति 	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/02/26	 DR. NEHA DMC No. - 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	