

SRE - C - 26 - 02 - 1490

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0226/0939

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/02/26

NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम : Mrs. Maya

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58

SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Late. Mr. Atar Singh



PASTE PHOTO HERE
 Paste up past of Mrs. Maya (0939)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : house no- 43, Salisu, Salisu, Sahayampur chukana, Uttar Pradesh, 247937

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 48,000 (Family Income)

Attach Proof of Income / आय का सबूत संलग्न : NA

PAN No. / आय कर पहचान संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता है (जो लागू है) : Yes / No / हाँ / नहीं : /

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदनकर्ता से संबंध
1	Yogesh	31	M	Son
2	Kajesh	23	M	Son
3	Jahngir	21	F	Daughter in Law
4	Amir	17	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विचार आधार

<p>RPL Card (Attach Card Copy) / पीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / बीएस सीटी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basic/Proof / अन्य सबूत प्रमाण</p>
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे मने विचार का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अलग/अलग से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
2	Surgery - RE - STCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से दिया गया है

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक द्वारा घोषणा करें)

- 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 residence, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 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 (insurance/insurance company, of the amount for which this assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं झूठा दावा किया गया है तो मेरी आवास स्थिति को खत्म कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी भी अन्य स्रोत (बीमा/बीमा कंपनी, जिसके माध्यम से मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है) से सहायता प्राप्त करने का विकल्प नहीं चुना है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/reproduce/submit/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.
 - 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 अपना हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोसेदारों" को अपना नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य के लिए दे रहा हूँ, जिसे "कोशिका" द्वारा सहायता दी जाएगी, जिसके माध्यम से मैंने सहायता मांगी है। इस प्रकार, मैंने अपनी तस्वीर और विवरणों का उपयोग करने की अनुमति दे दी है, जिसके माध्यम से कोशिका फाउण्डेशन को सूचना देने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" के माध्यम से सहायता मांगने के लिए प्रोत्साहित किया जा सकता है और/या कोशिका फाउण्डेशन को सूचना देना और/या कोशिका फाउण्डेशन के बारे में जानकारी देना।
- 2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं मिलेगा। सहायता देने का फैसला केवल कोशिका फाउण्डेशन के भरोसेदारों के अधिकार में है। उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थिक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- We 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition is essentialy 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिगत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मांग रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ वही मांग रहे हैं, जो हमें अभी तक नहीं मिले है।
- 1) यह कि हम अभी सहायता नहीं ले रहे हैं और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का विकल्प नहीं चुनेंगे, जब तक कि हमें कोशिका फाउण्डेशन से सहायता प्राप्त नहीं हो पाती है। यदि कोशिका फाउण्डेशन से सहायता प्राप्त नहीं हो पाती है, तो हमें सहायता मांगने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगने का विकल्प चुनने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस शर्त के अंतर्गत, हम घोषणा करते हैं कि, सहायता मांगने के लिए कोशिका फाउण्डेशन से सहायता मांगने का विकल्प नहीं चुनेंगे।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज का विकल्प कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रस्तावित/किया गया है, जो रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउण्डेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को रोगी का इलाज करने का पूर्णतः उत्तरदायित्व और सुरक्षा के लिए पूर्णतः उत्तरदायित्व लेना होगा और कोशिका फाउण्डेशन का कोई भी भूमिका नहीं रहेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अनुमोदित के लिए घोषणा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/02/20

Dr. NEHA
DMO No. 58989
Name & Regn. No. with Stamp
नाम और पंजीकरण नंबर के साथ छाप



Name of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
नाम के तहत हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2