

SRE-C-26-02-1584

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य संकथन)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0226/0943

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/02/26

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mr. Pura

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 58
SEX / लिंग : M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Mr. Raghuvira

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Partikalan, Pawali Kaban, Shantli, Kaidiana, Uttar Pradesh, 207773

PASTE PHOTO HERE
View of postop Mr. Pura (0943)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता : same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 47,000

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण प्रस्तुत : NA

RAN No. / आयें पुराना संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) : Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
(1)	Sujal	45	M	Son / Daughter in Law / Grand Son
(2)	Menika	39	F	
(3)	Sonu	32	M	

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (अपना पत्र भी जमा करें)	<input type="checkbox"/> BWR Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (अपना पत्र भी जमा करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (अपना पत्र भी जमा करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुती संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - pseudophacic
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए पहले अन्य सहायता किसे प्राप्त किया है

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 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.
- 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 यथासंभव सच है कि इन तथ्यों के बिना कोई अन्य विवरण नहीं उपलब्ध कराने में सक्षम हो सकता हूँ। यदि कोई निष्पत्ति यह करने प्रस्तावित किया जाता है तो मैंने आवश्यक विवरण भी सच रूप में देना है।
- मैं यथासंभव सच है कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त की है, जिसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जा रहा है, जो इस प्रारूप में उक्त किया गया है।
- मैं यथासंभव सच है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो आंशिक रूप से और न ही पूर्ण रूप से सहायता प्राप्त की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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.
- (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 renewing 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 बायाँ हाथ की उंगली का छाप लगाकर मैं (अर्शिका) अर्शिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेदारों को "उद्देश्य" के लिए नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित करूँगी, जिसे "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, जो कोशिका फाउन्डेशन को धन募集 और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रेषित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रारूप पर मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य को पूरा करने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (अर्शिका) और अधिकारों के साथ सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को "उद्देश्य" के लिए प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को "उद्देश्य" के लिए प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रसारित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी नवीकरण या अतिरिक्त सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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 it's 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/completed by the Hospital on the patient, is based on the interrelationship 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.
- हमारे अधिकृत, स्वीकृत व्यक्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करने है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
 - वह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच संबंधित है। अतः हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अखंड जिम्मेदारता होनी चाहिए और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता नहीं होनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए संस्तुति)

Date of Surgery
उपचार की तिथि
02/02/2024

DR. NEHA
DMC No. - 58989
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर, नं.

Dr. S. Mohan
Saharapur
Mamari
Charity Eye Hospital
Name of Hospital & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital
हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों द्वारा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों द्वारा 2