

SRE - C - 26 - 02 - 1586

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika Foundation

Building Hope of Life

APPLICATION No.:

अवेदन क्रमांक

S10226/0948

APPLICATION DATE:

अवेदन तिथि

20/02/26

NAME of APPLICANT:

अवेदन करी नाम

Mrs. Rajkali

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Mr. Brajpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (आपका वर्तमान पता)

Uttar Pradesh, Sitawari, Sitawari, Shamli, Shamli. 247776

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (आपका स्थायी पता)

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre OP post OP Mrs. Rajkali (0948)

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

/

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

49,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. (आपका PAN संख्या)

NA

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

क्या आप आय करदाता हैं (को मान्य हो इस पर सही का विकल्प चुनें)

Yes / No

हां / नहीं

/

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) यु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदन करी के साथ संबंध
(1)	Gopal	36	M	Son
(2)	Kashima	34	F	Daughter in law
(3)	Rajat	16	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

<p>NPL Card (Aadhar Card Copy)</p> <p>एनपीएल कार्ड का प्रमाण प्रतिलिपि (आधार कार्ड का प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>एडवोकेट कार्ड प्रमाण प्रतिलिपि (आधार पर की जाय प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>रेशन कार्ड प्रमाण प्रतिलिपि (आधार पर की जाय प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof</p> <p>अन्य कोई साक्ष्य</p>
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनियम का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रातिपत्र संलग्न की जाय की गई प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न
	<p>Diagnosis - RE - Total senile cataract</p> <p>LE - Pseudophacic</p> <p>Surgery - RE - STCS with PMMA</p>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु क्या अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा रही है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा करें)

- 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 rescission/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in the 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 any (employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एक कारण केवल तथा मात्र है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण अथवा किसी भी हिस्से के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य कोष/कर्मचारी/बिमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/modify/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) (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.
- 3) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत करके (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य का विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, संचारका द्वारा उद्देश्य के पूर्ण या किसी भी हिस्से के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम होंगे। यह प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य का विवरण को कि सहायता के अर्थपूर्वक से प्रकाशित है पूर्ण तथा: सहायता का अर्थपूर्वक भी करता है। इस प्रकार के "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता की हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान

 P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

- 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:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same purpose/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/consented 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.

- हस्पताल अधीन, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि - हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी उद्देश्य के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी कारणवश नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय मदद के लिए सीमित है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा किसी भी हिस्से के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
शरीर का कार्य
20/02/26

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



Signature & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
हस्ताक्षर व टिकट हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम 1 हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम 2 हस्ताक्षर 2