

SRE - C - 26 - 02 - 1654

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 20226/0950

APPLICATION DATE : 21/02/26

NAME of APPLICANT : Mrs. Ramesh Kumar

AGE-YEARS : 60 SEX : M



FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Manphul Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Dagsipuli, Sahasranguri, Baharpur, UTTAR PRADESH, 247557

Paste PHOTO HERE
Pure op post op
Mr. Ramesh
Kumar
(0950)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 47,000

(Attach Proof of Income) (आपके को प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

Sl. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्यों का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आपके साथ संबंध)
1	Sarjaya	36	M	Son
2	Asadhina	32	F	Daughter in law
3	Sunay	26	M	Wife and son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

RPL Card (Attach Card Copy)	BWF Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sl. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/दवाइयों के चर्ची की गई प्रिस्क्रिप्शन प्रस्तुत करें)
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - RE - STAS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED TH SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

Sl. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (की गई सहायता राशि)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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, void 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/insuror/other company, of the amount for which the assistance is requested).
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दिए गए अथवा जारी किया जा रहा है तो सभी प्राप्त किए गए या जारी की जाने वाली सहायता रद्द हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता नहीं ली है, जल्द ही उपयोग कर लेने के लिए नहीं किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी प्रकार से या भविष्य में, अपने या अपने परिवार के किसी भी सदस्य को, जिसके लिए सहायता मांगी जा रही है, से सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत (किसी अन्य कंपनी/बिमा/किसी अन्य कंपनी/किसी अन्य कंपनी/किसी अन्य कंपनी) से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है और मैं इसे नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 fulfilment 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 प्रश्नपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा आयोजित की जाने वाली धर्मोपार्जन और/या जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रत्येक प्रकार के माध्यमों में प्रयोग से पहले या बाद में अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के किसी भी सदस्य को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैंने अपना नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं किया है और मैं इसे नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : (अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप)



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 instant/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, in 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 seek 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 this 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है और हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रश्नपत्र में प्रस्तुत किए गए सभी विवरण सही और सच हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार के चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के परिवार का किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को हॉस्पिटल प्रवेश और रहने जाने की सभी जिम्मेदारियां पूरी रूप से हॉस्पिटल को होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए संस्तुति)

Date of Surgery (ऑपरेशन की तारीख)
22/02/26

Dr. NEHA
DMC No. - 58989
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर करार के साथ


Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital
नाम के साथ हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों द्वारा करार)


SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों द्वारा करार)
