

SRE-C-26-03-0479

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन क्रमांक : S/0326/0980APPLICATION DATE : 11/3/26
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT
आवेदन करने वाले का नाम

Mrs. Sulochana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम

Late Mr. Rameshwar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Dathunga, Dathunga, Shameli, Gaurhi,
Hassanpur, Uttar Pradesh,
207778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

same as above

PASTE PHOTO HERE

pre op Post op
Sulochana
(0980)OCCUPATION
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

48,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. : राज्य पत्र संख्या

NA

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

Yes / NO

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे 'X' में चिह्नित करें)

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले का संबंध
1	Vikash	38	M	Son
2	Naman	32	M	Son
3	Geeta	35	F	Daughter in law
4	Shruti	29	F	Daughter in law
5	Vibhu	25	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सभी BPL के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
------------------------	--

Diagnosis - RE - pseudophacia
LE - Senile Cataract

Surgery - LE - SRS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: NONE ON THIS DAY

- DECLARATION BY APPLICANT:** **आवेदक को ज्ञात है:**
- 1) I/We hereby declare that all statements in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for reimbursement.
 - 2) I/We hereby confirm that assistance, if received from Fishika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I/We hereby confirm that I/We and I will not in future avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
 - 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
 - 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं और मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के लिए या पूर्ण या आंशिक रूप में, किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ।
 - 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही ले रहा हूँ, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- CONFIRMATION BY APPLICANT:** **आवेदक का हस्ताक्षर**

AGREEMENT by APPLICANT (attach to test)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/republish 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/commitments. 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.

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) १९९३ तक का जमाना इसका मतलब को ध्यान रखकर है (जोसेफ) अपनी साक्षी को पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके सदस्यों" को ज्ञात कराते हैं कि वेग नाम, पता, फोटो और को विवरण इस पत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" नाम दिया, इन विवरणों को दूसरे से मुझे प्रतिस्पर्धी और उपलब्धता के लिए किसी भी प्रकार सम्भव के प्रदर्शित करने में सिद्ध अभियुक्त है। १९९३ तक विवरण को इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के किसी अधिकृत है।
- 2) है (जोसेफ) इस बात में दावा है कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् में उत्तर में प्रेषित है मुझे स्वतः। साक्षात् या हस्तगत नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नाम उसके सदस्यों का विशेष अधिकार और सम्पत्ति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 JAMES A. STONE JR. 4400 N. 27TH

(self)

AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाम हस्तक्षेप)

AGREEMENT BY HOSPITAL (Patient on foot)

By affixing/recommender 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 do not currently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are receiving aid 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This Hospital accordingly 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 bear full & 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 द्वारा कृषिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करी है। जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकृत करते हैं।

1. "कारिमा फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निवेदन किया जा चुका है, जिसे हम (इम्पल) निम्न प्रकार से राज्य में स्वीकार करते हैं।
2. यह कि राज्य सरकार और राज्य सरकार के विविध सहायता विधि और सहायता संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता प्राप्त हो सके है, जैसे कि हमने "कारिमा फाउन्डेशन" से निवेदन किया है।
3. हमने राज्य सरकार से उक्त सहायता के अभाव में "कारिमा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु निवेदन किया है।
4. हमने राज्य सरकार से उक्त सहायता के अभाव में "कारिमा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु निवेदन किया है।
5. "कारिमा फाउन्डेशन" से ही उक्त सहायता के लिए निवेदन किया जा चुका है।
6. हमने राज्य सरकार से उक्त सहायता के अभाव में "कारिमा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु निवेदन किया है।
7. हमने राज्य सरकार से उक्त सहायता के अभाव में "कारिमा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु निवेदन किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery
 Patient's Name

11|3|26

Dr. NEHA
DMC No. 58589

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व पंक्ति नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
डा. प्र. पा. खलामा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राज्ञी कल्याण 2

2020