

SRE-C-24-10-1817

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0326/0984

APPLICATION DATE : 12/3/26
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs. Saroj
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 54

SEX लिंग : F



PASTE PHOTO HERE

pre op Post op
Saroj (0984)

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Anil Kumar
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Munzapur, Saharanpur, A. Chand,
वर्तमान आवासीय पता

UTTER PRADESH, 247451
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Home Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

PAN No. : यदि कोई हो : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (को पानर हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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 आवेदक के साथ संबंध
(1)	Anil Kumar	55	M	Husband
(2)	Bahen	25	F	Son
(3)	Nishu	20	M	Son

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

DPL Card (Attach Card Copy) सीडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्वेषण कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विनोद का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्नDiagnosis - RE - Cataract
LE - Cataract

Surgery - LE - PHACO with PRIMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- I hereby declare 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 reimbursement.
- 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 the assistance is requested.
- मेरे द्वारा यह घोषणा की जाती है कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही और सत्य हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस आवेदन के माध्यम से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही का उपयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस आवेदन के माध्यम से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही का उपयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/utilise/employ/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.
- इस आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रेषित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा मेरी, मेरे पता/पता के द्वारा मेरे नाम से मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांगी जा सकती है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतंत्र सहायता का इकट्ठा नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा कोई भी निर्णय को अंतिम माना जाएगा और अपील नहीं की जा सकती।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

- By affixing immediate signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- I (Hospital) and I (Hospital) are jointly and severally liable for all in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting 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 responsibility shall remain with the Hospital.
- 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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम (हस्पताल) तत्कालीन हस्ताक्षर के माध्यम से आपकी सिफारिश को स्वीकार करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- हम (हस्पताल) और मैं (हस्पताल) एक साथ और अलग-अलग रूप से भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने में सक्षम होंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगने के लिए किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता मांगने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ हम स्वीकार करते हैं कि हमारे पास इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हस्पताल द्वारा ही होना चाहिए और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और समाप्त करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल को मिलकर लेना चाहिए और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/3/26

Dr. NEHA
DMC No. 58989

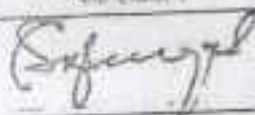
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सह छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर



SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

