

SRF - (C-25-07-0881)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0725/0278

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14-7-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Usha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Late Mr. Sat Parkash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

House no. Chausana, Chausana Vishat
Aht. Shamli, Uttar Pradesh-207778

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE

Paste up post of
Mrs. Usha
(0278)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं खोल संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो वास्तव में उस पर सही का निश्चय लेंगे):

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Hulpoen	37	M	Son
(2)	Kohli	36	M	Son
(3)	Jakti	31	F	Daughter in law
(4)	Smitha	30	F	Daughter in law
(5)	Ankush	23	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के गोचरे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract IF - senile cataract
	Surgery - RE - SLCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा यः

- 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 rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 1) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रारण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस की सहायता पति "कोशिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने आगामी देना वह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का, मुझका या किसी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो पायेगा ये नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 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) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे यह नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में दर्शाते हैं, उसे "कोशिका" एकाग्र व्यक्ती, सम, मानवता या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इंतजार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि स्थापना को उद्देश्यों से संबंधित है जुड़े स्वतः स्थापना का हक्का नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके नियमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अथवा स. मन्त्रालय या जगल का विभाग

p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2001 402)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiya 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 patient/case, as we are requesting to get from Kashiika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kashiika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashiika 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.
- 2) The assistance from Kashiika 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 Kashiika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kashiika Foundation will have no role or responsibility, in the matter.

इसके अतिरिक्त, रसायनों की ओर से बाजारों/देवी की "भौतिक-पठन" से विविध सहायता हेतु निष्कर्षों की जमीन है, जिसे हम (राष्ट्रपति) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि न तो पालन और न ही संरक्षण में विशिष्ट सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य बच्चे से उठाया जाये/मायने में लगे या ले रहा है। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विज्ञान/परिचरि उठा के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/सकल हेतु धनरा नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाएँ से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस वृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद बचत टेन्टे/बचले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य पालन में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में भी नई सहायता कोशल विविध प्रकृति की है। योपी पर हममतल द्वारा दो नई संस्था या विधे गले उपचार/प्रशिक्षण का सुवर्ण लेनी एवं हममतल के बीच का विविध है योपी "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई-दस्ता नहीं है। हालाँकि हममतल में योपी में इनके मुआा और अने जाने को योपी विम्वेदारी योपी एवं हममतल को होनी और "कोशिका" को कोई प्रशिक्षण या विम्वेदारी इन मामल में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवरोध के तारीख

N-7-2029

Dr. SUNIL VERMA
Geni
DMC No - 20634

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हमलाधार के राजि. नं.

ठाली का नमूना हमलावर के सिर में

ARNAB MODAK

(Name, Designation & Description of Authorised Signatory)

SCEH SA 14-12 of 10/10/14

नाम व पद-रस्यतल्ल अधिपकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्लोक-उपयोग इति

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यासे हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मार्गदर्शक दस्तावेज़

2018