

SRE - C - 25 - 07 - 1032

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0725/0286		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 16-7-2025	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr. MAHENKORA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Late Mr. Balvant Singh		 PASTE PHOTO HERE Part of Post of Mr. MAHENKORA (0286)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MOH, BANJARAH, MOH BANJARAH, NAKUL PO, NAKUL, DIST. Saharanpur Uttar Pradesh, 247302			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय Labour			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 48,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. रकम खाता संख्या NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)		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
(1)	MAHENKORA	67	M
(2)	MAHENKORA	34	F
(3)	MAHENKORA	35	F
(4)	MAHENKORA	16	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध Son Son Daughter in law Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नोटे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - pseudophacic LE - Total senile cataract		
	Surgery - RE - STCS with PMMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:-

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविक प्रमाण पर्याप्त नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस की सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, इसका उपयोग उद्योग उद्योग की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रमाण को नहीं हूँ, इस राशि का वापस या वापस किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो रहा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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

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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को सौंप दिया जाता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से सहायता के लिए लोगों को प्रेरित करने के लिए मेरी तस्वीर और विवरणों का उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे सहायता प्राप्त हो सकती है या नहीं। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा ली गई निर्णय का अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हममत द्वारा हॉस्पिटल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 patient/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/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 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 सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से वित्तीय सहायता की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी से ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमारे की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

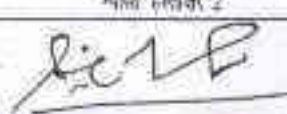
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16-7-2025	 DR. SUNIL VERMA DMC No.- 20634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--