

SRE - C- 25-07-1191

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: 510725/0298 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 18-7-2025 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Mr. Yogendra आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Jaysingh पिता/कन्या का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता 141, Bijnalsi, Bijnalsi Bijnalsi, Muzaffarnagar Uttar Pradesh, 201272	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Pore op past op Mr. Yogendra (0298)	
OCCUPATION: Labour व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आप का सहाय संलग्न) NA		
PAN No. स्पष्ट खाली रखें 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 हां / 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)	Shamsh	42	M
(2)	Yogendra	57	M
(3)	Saiyash	25	F
			Daughter in Law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आया या (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 चिकित्सी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RF - senile cataract LE - senile cataract		
	Surgery - LE - STCS with PMMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान/विज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहाय्य गलत या झूठी पायी जाती है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहाय्य केवल उसी उद्देश्य के लिए ही ली जायेगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने सहाय्य हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या कम से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/print/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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों * को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और/या विवरण इस प्रारूप में शामिल हों, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दूर, दूरदर्शन/दूर दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और सफलताओं के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति के अंतर्गत यह बात है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहाय्य के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हूँ। मेरी प्रत्येक सहमति के अंतर्गत यह बात है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहाय्य के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरी सहाय्य, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों से प्रसारित है। मेरी सहाय्य का इस्तेमाल मेरी सहाय्य के लिए नहीं किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये गये विवरणों का विवरण सही और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और मे सहाय्य हेतु "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा कर सम्मति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य निम्न अधिकृत/अनुमति हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहाय्य संस्था या किसी अन्य सहाय्य संस्था से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष के सहाय्य हेतु किसी भी सहाय्य संस्था या किसी अन्य सहाय्य संस्था से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार और/या सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और/या अन्य बातों की सहाय्य निम्नकारी लेनी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18-7-2025	 SUNIL VERMA MDC No.- 20634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	