

SRE - C-25-07-1208

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

S/0725/0301

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18-7-2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mr. Shahabad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

Late Mr. Nisam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Chandhawal, Kunal, Muratnagar,
Uttar Pradesh - 251311

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

PASTE PHOTO HERE

Rene oppost op

Mr. Shahabad
(0301)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

46,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. : स्थायी आय संख्या

NA

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

आप आय-आव का दाता हैं (जो मनावें उस पर घड़ी का चिह्न 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	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Tahira	35	M	Son
(2)	Muhammad	31	M	Son
(3)	Muhammad	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुस्तिका संलग्न
	Diagnosis - RE pseudophacic
	IE - Total senile cataract
	Surgery - IE - SRCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन-अथवा तथा झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी-सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/photograph/produce 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 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मौखिक, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है। इस बात का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसकी नीतियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 p-self
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

- 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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं। जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं जो भविष्य में किसी सहायता किसी भी स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में सक्षम नहीं हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के मदद में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/अधिकृत हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद तक सक्षम/सक्षम हेतु किसी भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही है। सहायता या किसी अन्य स्रोत/संस्था का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने को सही निर्णय/निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery शल्यक्रिया की तारीख 18-7-2025	 DR. SUNIL VERMA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सुनील वर्मा का हस्ताक्षर एवं छाप	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Hospital's Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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
	