

SRF - C - 25 - 09 - 0372

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0925/0458

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mr. Mohan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

81

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Harshi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

99, Chauri, Phulad, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247769

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

46,000

PAN No. : स्थायी आय का प्रमाण

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Harshi	58	M	Son
(2)	Shashi	58	M	Son
(3)	Shashi	45	F	Daughter in law
(4)	Shashi	46	F	Daughter in law
(5)	Chandu	20	M	Grand Son
(6)	Chandu	21	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये दिया आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न निम्न विलंबी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवगत/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - pseudophakia LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

PASTE PHOTO HERE
Mr. Mohan Singh
(0458)

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 Konika 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आईएफ डी फुल)

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.

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

By affixing her/his/their signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- हमारे अध्यापक, इन्द्रधारी की ओर से पाठ्यसंशोधी को "कोसिका जादूदेवी" से विलीन सहजता हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हय (हयवस्त) विष्णु प्रकृत से मान्य व स्तोत्रा जाता है।

2. "कोशिका फाटने-टूटने" से तो यह सहाय्य कोशक विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इलाजाल हुए ही यह प्रत्यक्ष पर किये गये उपचारप्रक्रिया का प्रमुख घटक एवं इस्माल को बीच का बिन्दु है और "कोशिका फाटने-टूटने" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इस्माल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आगे आगे भी जारी निम्नोद्योग ऐसी एवं इस्माल को होगे और "कोशिका" को कोई भविष्य या निम्नोद्योग इस रूपमें में नहीं होगे।

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नमः व पद हस्पताल अधिकाृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2