

SRE - C - 24 - 19 - 0617

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : S/1975/0734  
 आवेदन संख्या :  
 APPLICATION DATE : 09-12-25  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs. Sarvari  
 आवेदक का नाम  
 AGE-YEARS आयु वर्ष : 70  
 SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : Late Mr. Hasim  
 पिता/सहोदर का नाम



PASTE PHOTO HERE  
 Part of post of.  
 Mrs. Sarvari  
 (0734)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : जहाँ आप बस रहे हैं  
 Jaan Kadamnagar, Kadamnagar, Saharanpur  
 Juttan, Saharanpur, 247199

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
 Same as above

OCCUPATION : Home Maker  
 व्यवसाय  
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 (Family Income)  
 कुल वार्षिक आय  
 (Attach Proof of Income)  
 (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर देता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएँ)  
 Yes / No हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Vinod	38	M	Son
(2)	Anand	37	M	Son
(3)	Maula	35	F	Daughter in law
(4)	Lakshy	23	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पटौती रेखा के नीचे 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - 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 स्रोत से लिया गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

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.  
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 requested by me.  
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 which this assistance is requested.

श्रीमान करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।  
मुझे पता है कि बिना सहायता हेतु यह प्रक्रिया की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या उचित विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to publish/put-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 files/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.

I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, do not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely on the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

मैं प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और फोटो बिना इस प्रकरण में सीमित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याऊँ, घन, सभ्यता/या दूसरे उद्देश्य से लुभी-सिधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में काले के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्याऊँ अधिकृत है।

I (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्राताओं 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 करण)**

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:



If 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 availing 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This information essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 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 bear the sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
ह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें स्वतः उक्त रोगी/रोगी के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें स्वतः उक्त रोगी/रोगी के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है।  
अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।

"कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल का ही विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery उपचार की तारीख 09-11-25	 <b>Dr. Monika Jasrotia</b> DMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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