

SRE- C-25-01-1272

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

S/0125/0785

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

07-1-2025

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Mr. Faiyyaz

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Sharifuddin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Ambikta Mahan, Ambikta Mahan,
Sahabnagar, Jaisaada Panna, Uttar
Pradesh, 241955

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pos of Post of
Faiyyaz (0785)

OCCUPATION

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

47,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

NA

PAN No.

पैन संख्या

NA

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

क्या आप आय करदाता हैं? (को सही ढंग से टिक करें)

Yes / हाँ

No / 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	Son	55	M	Son
2	Daughter	50	F	Daughter
3	Rukshana	50	F	Daughter in law
4	Kafya	48	F	Daughter in law
5	Mohd. Kaif	29	M	Grand son
6	Mohd. Anis	25	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (इसका प्रमाण पत्र जो आवेदन के साथ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका प्रमाण पत्र जो आवेदन के साथ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (इसका प्रमाण पत्र जो आवेदन के साथ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसी गैर निवृत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से की गई कोई भी प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Hyper-mature Cataract LE - Cataract Surgery - RE - SICS 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a citizen of the United States. ☐ I am a resident of the United States.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for re-evaluation/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from KushiKa 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 पर स्पष्ट है कि इस प्रश्न में दिए गये विकल्पों में सही विकल्पों को चुनना सत्य एवं सही है। यदि कोई विकल्प एवं कथन सत्य तथा सही है तो मैं यहाँ पर विकल्पों को सही तरीके से चुनूँगा।
- 2) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि "कौशिक फाउंडेशन" से जो राशि मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT : office on 6/01

12. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to republish/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.
- 21.1 (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 the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस पत्र या अपने हस्ताक्षर या छाप के साथ लगाना, मैं (अर्थात) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और वे जिसके इस पत्र में वर्णित हैं, को "कोशिका" एकाग्रता, योग, अभ्यास एवं उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी उद्देश्य या प्रयोजन के लिए प्रकाशित है। ये पत्र या जिसके की प्रकाश के पक्ष में यह या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 21.1 मैं (अर्थात) इस पत्र में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन और उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आविष्कार के दृष्टांतों का अंग्रेजी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (STANDARD CHARTERED BANK)

By affixing her/his/their signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept as follows:

- 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 आधिकार, जवाबदारी को और से सम्मिलित/पुष्टि का "कोशिका पाठ्य-लेखन" से मिलित ज्ञानवत्ता से विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न ज्ञान से ग्रन्थ व सौभाग्य करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मयीकृती के लिए धन्यवाद

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCCH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमदातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

1997

7-1-2025

Dr. Monika Jasrotia
DMC No. 5208
(Name of Dr. A. Rego. No. with Stamp)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

ताम्ररत्न का नाम भी इन्द्रावती व अजि. २

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानविक अध्ययन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयसी इल्लथर ।

ज्यामी इन्टरनर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैवमिति ।