

SRE-C-25-01-0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0787

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. SARDAAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/सहस्रवर्ष का नाम

Late Mr. Mohd Yameen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

MANARMAU BELSHAN WALA BAGH, GANCOH
ROAD, Saharanpur, Saharanpur, Uttar
Pradesh, 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Puc op Post op
SARDAN
(0787)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

साला वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर 'X' 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 से संबंध
(1)	Tufan	42	M	Son
(2)	Mulkhan	38	M	Son
(3)	Nahima	40	F	Daughter in law
(4)	Sardam	25	M	Grand Son
(5)	Anis	16	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे आता हूँ (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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन 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 - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिये गयी 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: (अर्शक द्वारा किये जाने वाले)

- 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 & impeding assistance, if any, liable for rescission/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.
- 4) मैं यहाँ पर स्पष्ट रूप से यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्प, अज्ञान या धोखा है तो मेरी आशय निराश हो जा सकती है।
- 5) मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 6) मैं यहाँ पर स्पष्ट रूप से यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किये जाने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/dupl-ocintroduce 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.

3) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों पर मैंने अपनी हस्ताक्षर की हैं। (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन" को इसमें शामिल होने की अधिकृतता देते हैं कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" प्रमुख नामों, पता, सम्बन्धों वृत्तों वृत्तों से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने में निरुद्ध अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण भी इस बात को ध्यान में रखते हुए दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" व किसी अधिकृत है।

4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में शामिल है मुझे क्या, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने उत्तरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ का निशान

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किये जाने वाले)

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं सम्बन्धों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही किसी अन्य संगठन से वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिए या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा रही है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश। इस बात को ध्यान में रखते हुए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिए नहीं मिलती है, तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता सिर्फ वित्तीय सहायता हेतु किया जा रहा है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के लिए प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही नहीं रखते हैं किने राशि उपचार/प्रक्रिया का सुव्यवस्थापन करने के लिए हस्पताल को दी जाती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

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

रजि. नं. पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

9-1-2025

54

Dr. SEJAL

DMC No. 24176

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

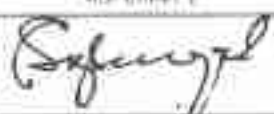
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्ताक्षर 2

