

SRE-C-25-01-0986

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0827

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Sahida

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Jamil

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

House no - 133, Hulsain Malakhet,
Behat, Hulsain Malakhet, Saharanpur,
Uttar Pradesh - 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE

Paste of Post of
Sahida (0827)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. यदि प्राप्त संख्या NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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	Gulshan	55	M	Son
2	Sahil	29	M	Daughter in law
3	Sohal	26	M	Gulshan's son
4	Nabeem			Gulshan's son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract Surgery - RE - 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 स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी.पी. सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरीयत कर)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सच बता दिया है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।
- 5) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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 तरह मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।
- 4) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएँ थUMB का निशान



P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 it's 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) This 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।
- 4) मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है। मैं यहाँ पर स्पष्ट हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है वह केवल उद्देश्य के लिए ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18-1-2025

Dr. SE. IAL
DMC No. 24/26

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Name, Signature & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

उप व पर इलाका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा कर)SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2

Safar