

SRE-C-25-01-1092

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : S/0125/0830		APPLICATION DATE : 21-01-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr. Sida		AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 67	SEX लिंग : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Late Mr. Keshu				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Kaliwala, Kaluwala, Jahanpur, Saharanpur, Kaliwala, Jahanpur, Uttar Pradesh, 247129				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 52,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA		
PAN No. : आवेदन क्रमांक : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हां / नहीं : ☒ हां				
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 संबंध
1	Sagat	42	M	Son
2	Lakhan	35	M	Son
3	Geeta	30	F	Daughter (now)
4	Monika	25	F	Daughter in law
5	Arun	19	M	Grand Son
6	Harshika	15	F	Grand Son
7	Piyush	11	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरण आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की छाया प्रत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे यह चिकित्सा का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - LE - SRS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **인원** **출생 연월일** **성명**

- 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 termination, in part or in full, from any other insurance/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतफहमी एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस कर दी जाएगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता, जो मुझे मिलेगी, केवल मेरे द्वारा इस प्रश्न में बताए गए उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार के अन्य बीमा, नौकरी या अन्य किसी भी प्रकार के बीमा से इस प्रश्न में बताए गए राशि के लिए सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach all with)

12. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/inpost/ons 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/such events. 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवश्यक है इसका या समुदाय का निदान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH ONE COPY)

By affixing her/his/their signature to our Authorization Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kestika Foundation, we (Hospital) herby 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 especially 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अर्थव्यवस्था, इलाक़ों की योग-से आसुत-रोकै की "कठिनाया बाउन्डेशन" से-विशेष-सहायता हट सिबावित की जाती है, जिसे हय (इम्प्लान्त) सिन्धु प्रकाश में बाव्य व अवीकृत नरते हैं।

- [illegible]

2. "बोसिक" "कान्स्टेडल" से तो यह अभाव कोष जितना उल्टा हो है। तभी तो हमारा ह्रास तो यह अभाव या कितने तब उपपन्न/प्रक्रिया का मुख्य तब यह अभाव को कोष का कितना है की "बोसिक" "कान्स्टेडल" द्वारा किसी उल्टा का कोई अभाव नहीं है। दुनियाँ हमारा में तब को उल्टा मुख्य और अभाव को कोष का कितना तब यह अभाव को कोष की "बोसिक" को कोष अभाव या कितना तब अभाव में नहीं होना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्त्रीकाली के लिंग प्रेरणालि

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

STEEL SAHARADITU

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

यस्य च पदं स्वभावात् अविद्यत् अविद्यते

Date of Surgery

...of the ...

 $21-1-2.5$

1252

Dr. Monika Jasrotia

DMC No.-5208

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

शास्त्रा का नाम न ब्रह्मशास्त्र न गीता न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपपक्ष संत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संक्षेपः

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

गौरी कान्त ?

Rich