

SRE-C-24-04-0411

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Better Lives		
APPLICATION No.: S/0125/0839		APPLICATION DATE: 21-1-2025		
NAME OF APPLICANT: Mr. Haridasrayal		AGE-YEARS: 58	SEX: M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Manshukh		 PASTE PHOTO HERE Pos of Post of Haridasrayal (0389)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Mohalla - Bani, Mahu, Behat, Behat, Sahamampur, Uttar Pradesh, 247121				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above.				
OCCUPATION: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME: 49,000		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. (If any): NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
हाँ/नहीं (अगर हाँ तो 'हाँ' पर और नहीं तो 'नहीं' लगाएँ):		हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sl. 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	Sushma	55	F	Wife
2	Isindira	37	F	Son
3	Sapna	25	F	Daughter in law
4	Lucky	03	M	Grand Son
5	Happy	05	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार				
SPM Card (Attach Card Copy) सभी लाभ के लिए उपयोग करें (अपना पत्र को साथ में प्रमाण पत्र दें)		CWS Certificate (Attach Certificate Copy) सर्व और पत्रों के साथ प्रमाण पत्र दें (अपना पत्र को साथ में प्रमाण पत्र दें)		Ration Card (Attach Copy) सामान्यतः जारी (अपना पत्र को साथ में प्रमाण पत्र दें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिखें कि किस कारण से आवेदन है:				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Pseudophacia LE - Senile Cataract			
	Surgery - LE - SICS WITH PRIMA			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिले या नहीं?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE तो यह सहायता कितनी		

DECLARATION by APPLICANT: I/WE HEREBY CERTIFY THAT:

- 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, void. (यदि आप निम्नलिखित जानकारी में किसी भी प्रकार की गलती करते हैं, तो आपकी प्रार्थना और सहायता, यदि कोई हो, निरस्त हो जाएगी।)
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koorika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me. (मैं गंभीरतापूर्वक पुष्टि करता हूँ कि यदि मुझे कोरिका फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की प्रार्थना की है।)
- 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. (मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी, अपने किसी भी अन्य नियोक्ता/व्यक्तिगत/समाजिक सुरक्षा कम्पनी से, इस सहायता के लिए जो राशि माँगी है, उसे नहीं लेना है और न ही लेना चाहता हूँ।)

AGREEMENT by APPLICANT (MINIMUM 200 WORDS)

- 21) By allowing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put/propagate 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.
- 21) (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 another 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.
- 22) मैं अपने नाम या अपने छाप/चुम्बक के अंतर्गत मेरी छवि, पता, चित्र, मैं (अर्जितकर्ता) अपने उद्देश्य के प्रति सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चित्र और मेरे विवरण (जो प्रश्न में दी गई हैं, यदि "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्ट, चरित्र/कार्य, उद्देश्य से जुड़ी विवरणियाँ और उपलब्धियाँ) को जिन किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे उद्देश्य में जारी या बाद में जारी हो सके। "कोशिका फाउंडेशन" के नामों अधिकृत है।
- 23) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि यह बात, नाम, चित्र और विवरण कि कि माध्यम से उपलब्ध में प्रसारित है मुझे बता: माध्यम का उपयोग जारी करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्ट, चरित्र/कार्य और विवरण/उपलब्धियाँ हो सकती हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

www.ck12.org



p- self

AGREEMENT by HOSPITAL. (अस्पताल द्वारा मंजूर)

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पृथ्वीकाली - २०१५ - अन्तर्गत

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCEH SAHARANPUR

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

આમ જો પદ સમજાવવા સરળતા સરળતા

Open Int Surgery
प्रोफेसर डॉ. शर्मा

74-1-2025

Dr. Charul Jain
DMC No.-109387

DMC No.-109387

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

आपका नाम है: _____

FOR INTERNAL USE BY KOSHIKA FOUNDATION

संज्ञा-ग्राम-दे

SIGNATURE of TRUSTEE 1

—माता गंगाजी ।

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE: _____

STATE OF TEXAS,
COUNTY OF _____

212