




SRE - C - 25 - 12 - 1019

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building lives of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S10226/0924		APPLICATION DATE: आवेदन दिनांक : 13/02/26		 	
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम : Mrs. Afroz		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56	SEX लिंग : F	PASTE PHOTO HERE Mrs. Afroz (0924)	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : Mr. Anis		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Jasol, Muzaffarnagar, Jasol, Uttar Pradesh, 251301		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Same as above	
OCCUPATION : व्यवसाय : Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED		TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 48,000 (family Income)	
PAN No. (यहाँ खाल छोड़ें) : NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो सत्य हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएँ) : Yes / No		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) : NA	
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 आवेदनकर्ता से क्या संबंध	
(1)	Jafan	35	M	Son	
(2)	Rashid	23	M	Son	
(3)	Amlsha	28	F	Daughter in law	
(4)	Shahel	18	M	Widow's son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ उचित चिह्नित करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ उचित चिह्नित करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ उचित चिह्नित करें)	
Any Other Basis/Proof (अन्य कोई सबूत)					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु जिसे लाने विषयी का उद्देश्य:					
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिका/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract				
	Surgery - RE - STCS with pmma				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किये जाने वाले से मिले हुए रकम					
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी सहायता रकम			

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका को भरना है)**

- 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.
  - 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.
  - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail or reimburse, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत सचकना पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरा करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं मांगी हुई मदद प्राप्त करने के लिए, इस प्रश्न का उल्लिखित या अन्य किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद लेना नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका को भरना है)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/advertise my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/awarded, 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.
  - 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.
- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का निशान, मैं (अर्शिक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को मेरी छवि और पता का उपयोग करके मेरी "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैं मदद मांग रहा हूँ, को प्रचारित करने के लिए, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन को धन募集 करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे नाम के बिना मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नाम से किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, बाएँ की उंगल का निशान या मेरे उद्देश्य के विवरण से संबंधित मेरी छवि का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शिक का हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का निशान

 P-self

**AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शिका को भरना है)**

- 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:
- 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.
  - 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.
- हमारे अतिथि, अर्शिक की मदद से अर्शिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य व सही जवाब देते हैं।
- 1) हम यह नहीं कहेंगे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य रोगी को इस रोग/रोगी के लिए मांगेंगे यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो पायेगी, तब हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगेंगे। यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो पायेगी, तो हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगेंगे।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए चिकित्सा उपचार या चिकित्सा उपकरणों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्तगत उपचार से रोगी को हलाक मुक्त और स्वस्थ करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें हस्पताल की होती हैं। "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अर्शिका

Date of Surgery  
अर्शिक की तारीख  
13/07/2026

**Dr. NEHA**  
DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ



(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर अर्शिक कोशिका

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी हस्ताक्षर 2
	