

SRE - C - 26 - 01 - 0674

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : S/0226/0933  
APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक : 17/02/26

NAME of APPLICANT / आवेदन करी नाम : Mrs. AKHTAR  
AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60  
SEX / लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Mr. TARIQ



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : KASAMPUR MAJRA PADALI, KASAMPUR MAJRA PADALI, Kadiampur Khad, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247197

DATE PHOTO HERE  
Post OP post OP  
Mrs. AKHTAR  
(0933)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker  
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 48,000 (family Income)  
About Proof of Income (आय का साक्ष्य प्रमाण) : NA

PAN No. / आय विवरण : NA  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tik whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो बायें हो उदा. या सही का विवरण दें) : Yes / No :  /

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
(1)	Jabir	34	M	Son
(2)	Mahmud	33	M	Son
(3)	Khalida	30	F	Daughter in Law
(4)	Hudain	29	M	Wife and Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tik whichever is applicable) / सहायता के लिये विवरी देकर

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एएसएस के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Document / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विवरी करने विवरी का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतियाँ संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - RE - SILCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता का राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किये गए)**

- 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 of reimbursement, in part or in full, from any other source (employer/insurances company) of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यथार्थतापूर्वक रूप से यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतफहमी एवं कल्पना उत्पन्न होगी तो उसे स्वतःकतः निरस्त कर दिया जा सकता है।
- मैं यथार्थतापूर्वक रूप से यकीनपूर्वक रूप से यह सुनिश्चित करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिलेगी, तो वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जायेगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया है।
- मैं यथार्थतापूर्वक रूप से यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत (रोजगार/बीमा कंपनी) से उस राशि के लिए कोई भी वापस करने का अनुरोध नहीं किया है और न ही करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किये गए)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put up/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 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नामों को छापने के लिए सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करके, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए सक्षम होगा। इस प्रकार कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता के लिए सहायता प्रदान करने का अधिकार होगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करने से मुझे स्वतःकतः सहायता का अधिकार नहीं मिलेगा। इस सहायता के लिए मुझे सहायता प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनके निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा किये गए)**

By affixing Hospital's signature of our Authorized 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 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.
- 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.
- इस प्रकार, हमारे हस्ताक्षरों के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वही रोगी के लिए वही सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को अन्य स्रोतों से पूराने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है, हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार, कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी/रोगी का उपचार या चिकित्सा के लिए सहायता/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल में रोगी को उपचार प्रदान करने का निर्णय केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>17/02/2026</b>	 <b>Dr. NEHA</b> DMC No. 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 Signature & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  
--	--