

SRE - C - 25 - 10 - 0365

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



PASTE PHOTO HERE  
Rise of post of  
Mr. Trishad  
(0940)

APPLICATION No. : 10226/0940  
APPLICATION DATE : 19/02/26

NAME of APPLICANT : Mr. Trishad  
AGE-YEARS : 66  
SEX : M

ARTHEM SPOUSE'S NAME : Mr. Sudha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Saitan Road, Gagan - Dabkoria, Dabkoria, Saharanpur - Behat, Uttar Pradesh, 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Labour

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 46,000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण) IVA

PAN No. : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No  
आम आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ /  नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (परिवार के साथ संबंध)
1	Sahel	36	M	Son
2	Almasian	35	M	Son
3	Sana	30	F	Daughter in law
4	Vishuf	20	M	Widow's son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

<input type="checkbox"/> RPI Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नकल अलग पर (अलग पर की नकल प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (अलग पर की नकल प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अवधायता कार्ड (अलग पर की नकल प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य

Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आरोग्य-रिपोर्ट व दवा की नई प्रतिक्रिया सूची संलग्न)
1	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
2	Surgery - LE - STCS with panna

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक हुन घोषण 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 cash or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मै घोषणा करत हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सच सही विवरण को भरवाया है। यदि कोई कथन सच नहीं प्रमाणित होता है तो मैंने अपना विवरण को खराब कर दिया है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन" से सच सही है, इसका उपयोग जो उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने मांगता हूँ जो मदद प्रदान की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/निर्धारित/बिमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/communicate/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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को उक्त जानकारी "को" प्रेषित करता हूँ कि जो नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रेषित, धारण, प्रकाशन द्वारा उद्देश्य से पूर्ण निर्धारित और प्रसारण के लिए किसी भी प्रकार प्रयोग में लाया जा सकेगा। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि इसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के उद्देश्यों से प्रेषित है। प्रमाणित या अलग राशि प्रदान इस प्रश्न पर "कोशिका" द्वारा उक्त जानकारी को प्रेषित और प्रकाशित नहीं किया जा सकेगा।

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

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करत)**

- 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) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The mode 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की अंत में आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान में मदद न प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से मांगना या किसी अन्य स्रोत से उक्त प्रोग्राम/प्रकार में होने या ले रहे हैं, किंतु कि हमला "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी निर्धारित/प्रकार हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से मांगना या किसी अन्य सहायक से मांगना जारी रखें अतिरिक्त सुनिश्चित रहते हैं। इस प्रकृति में मदद प्राप्त करना है कि असाधारण प्रयोग पर उक्त प्रोग्राम/प्रकार हेतु किसी भी प्रकार की मदद या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेने।
- 2 "कोशिका फाउंडेशन" के साथ कोई भी असाधारण प्रयोग वित्तीय प्रकृति की है। यदि या सहायक द्वारा ही मदद प्रदान या प्रदान नहीं असाधारण/प्रकार का प्रयोग करने पर प्रमाणित या अलग राशि प्रदान इस प्रश्न पर "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई प्रमाण नहीं है। अतिरिक्त हस्ताक्षर के द्वारा ही प्रदान सुधारा और अंत करने को नहीं किया/प्रकार को अंत प्रमाणित को प्रेषित और "कोशिका" को कोई प्रमाणित या अतिरिक्त प्रदान प्रदान नहीं की जाती होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



Date of Surgery  
कीर्तन की तारीख  
19/02/26

**Dr. NEHA**  
DMC No.-58989  
Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp  
हस्ताक्षर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Signature & Stamp of Authorized Signatory  
(on behalf of Hospital)  
हस्ताक्षर व छाप (हॉस्पिटल की ओर से)

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम (हस्ताक्षर)

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम (हस्ताक्षर)