


SRE - C- 26 - 02 - 1658

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : S10226/0952		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 27/02/26			
NAME of APPLICANT : आवेदन करणारा नाव : Mr. Vishambhai		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69	SEX लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्वामी नाव : Mr. Ransingh		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पत्ता : Gram, Subhasi Maharaj, Lakhnauri - Must, Saharanpuri, Garkhauri, Uttar Pradesh, 217557		PASTE PHOTO HERE येथे पोस्ट ऑप Mr. Vishambhai (0952)	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी वास्तव्य पत्ता : Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : वर्षावारी उत्पन्न : 47,000		(Attach Proof of Income) (उत्पन्न या प्रमाण प्रस्तुत करा) : NA			
PAN No. : पॅन क्रमांक : NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को चिह्न दें जो लागू हो) : Yes / हा / No / नही / <input checked="" type="checkbox"/> हा			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sl. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करणारे नाव संबंध	
(1)	Mahet	35	M	Son	
(2)	Radha	34	F	Daughter-in-law	
(3)	Ameesh	76	M	husband son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोस्टो कार्ड को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को प्रमाण प्रति संलग्न करा)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को प्रमाण प्रति संलग्न करा)		Ration Card (Attach Copy) प्रत्येका खाते (प्रमाण पत्र को प्रमाण प्रति संलग्न करा)	
				Any Other Basis/Proof कोई अन्य प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य:					
Sl. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रुग्णात/वैद्यकीय नोंदारी व/वा प्रिस्क्रिप्शन प्रुती संलग्न				
	Diagnosis - RE - Total senile cataract LE - Pseudophacic				
	Surgery - RE - IOLs with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता निम्न स्रोत से प्राप्त हो रही है					
Sl. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE कोई अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई नई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक दान प्राप्त करने)

- 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 the 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मेरी घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में सच सच बता रहा हूँ। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदन पत्र को अयोग्य बना देगा और मेरी सहायता रद्द हो सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त की है, जो इस प्रश्न में उल्लेखित है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता प्राप्त करने के लिए या इस प्रश्न में उल्लेखित "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दान प्राप्त करने)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/alter/print/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 is final and acceptable to me.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्थिक दान प्राप्त करने वाला) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्राप्त करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लेखित है, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है।
- मैं (अर्थिक दान प्राप्त करने वाला) और अधिकारियों को सहायता प्राप्त करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता हूँ।
- मैं (अर्थिक दान प्राप्त करने वाला) और अधिकारियों को सहायता प्राप्त करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थिक दान प्राप्त करने वाला का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (इच्छा दान करने)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory by 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 especially 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.
- हमारे अर्थिक दान, इच्छा दान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किया जा रहा है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- यह हमारे अर्थिक दान, इच्छा दान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किया जा रहा है, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है।
- हमारे अर्थिक दान, इच्छा दान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किया जा रहा है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery / अर्थिक दान करने की तिथि: 21/02/26

Dr. NEHA
DMC No. 58989
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
अर्थिक दान करने वाले डॉक्टर का नाम और पता

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Signature & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital
अर्थिक दान करने वाले डॉक्टर का हस्ताक्षर और अंगुली का छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम डॉक्टर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम डॉक्टर 2
