


SRE - C - 21 - 09 - 0282

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (आरोग्य संरक्षण)		Koshika Foundation Serving Millions of Us.	
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: S10226/0954		APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: 23/02/26			
NAME of APPLICANT / आवेदन करणारा नाव: Mr. Rajkumar		AGE-YEARS / वय: 50	SEX / लिंग: M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर नाव: Mr. Ishkhal		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पत्ता: house no. 676, BHUMIVA KHEDA, Isham nagari, Islam nagari, Saharanpur, Islam nagari, Uttar Pradesh, 247457			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पत्ता: Same as above			
OCCUPATION / व्यवसाय: Labour		MARRIED (जवळित) / UNMARRIED (अजवळित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक उत्पत्ती: 47,000		(Attach Proof of Income) / (सिद्धी पत्र जोडणे आवश्यक): NA			
PAN No. / आयकर पत्र क्रमांक: NA		ARE YOU AN INCOME TAX RESIDENT? (Tick whichever is applicable): आमचे आयकर निवासी काय? (कोही टिक करा किंवा उरवू नका): Yes / No: <input checked="" type="checkbox"/> No			
FAMILY DETAILS / कुटुंबीय तपस					
Sr. No. / क्र. क्रमांक	Name of Family Member / कुटुंबीय सदस्याचे नाव	Age (Years) / वय (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करणाराशी संबंध	
(1)	Yashpal	35	M	Son	
(2)	Tojeeta	32	F	Daughter in Law	
(3)	Raman	19	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता मागण्याचे कारण (कोही टिक करा)					
BPL Card (Attach Card Copy) / पीएलसी कार्ड (कार्डची प्रत जोडणे आवश्यक आहे)		BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / बीएससी प्रमाणपत्र (प्रमाणपत्राची प्रत जोडणे आवश्यक आहे)		Ration Card (Attach Copy) / रेशन कार्ड (प्रत जोडणे आवश्यक आहे)	
				Any Other Basis/Proof / अन्य कोणतेही पुरावे	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता मागण्याचे उद्देश्य					
Sr. No. / क्र. क्रमांक		Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य अहवाल/दवाखानेचे पत्रे जोडणे किंवा यांचे प्रिस्क्रिप्शन जोडणे			
		Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract			
		Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्यासाठी सहायता इतर स्रोतांकडून किती असेल ते स्पष्ट करावे					
Sr. No. / क्र. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE / इतर स्रोत किंवा नाव		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / जोडण्यात येणारे रक्कम		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन करने वाला यह:

- 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानता/मानती हूँ तो मैं आवेदन निरस्त करवा दूँगा/दूँगी।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में बताने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताना था।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं और न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में मुझे

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- (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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ/करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में प्रमाणित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे गए हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से वित्त प्राप्त करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं और न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में मुझे
- मैं (आवेदक) और अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है।

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

आवेदन करने वाले का नाम या अंगूठे का निशान



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

- By affixing our name, 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.
- हमारे अंगूठे, हस्ताक्षर को जोड़ कर आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने का अधिकार है।
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने का अधिकार रखते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने का अधिकार नहीं मिलता है, तो हमें अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने का अधिकार है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त वित्त केवल वित्त प्रकृतियों के लिए है। उपचार का चयन और सुरक्षा का निर्णय केवल रोगी और डॉक्टर के बीच का है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्त प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है। इसलिए, उपचार में रोगी के इलाज सुनिश्चित करने और उनके नाम को सुरक्षित रखने के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधीनस्थ के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
संस्कारण की तारीख  
23/02/26

**DR. NEHA**  
DMO No-58989  
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp  
डॉक्टर का नाम व इलाका व पते नं.

**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**  
Manant  
Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital  
नाम व पद उपस्थित अधिकृत अधिकारी

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

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
(नामों द्वारा)



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
(नामों द्वारा)

