

SRE - C-25-11-2324

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : S/0326/0981		APPLICATION DATE : 11/3/26	
NAME of APPLICANT : Mr. Abbai		AGE-YEARS : 48	SEX : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Mr. Shafi			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Nagrauli, Nagrauli, Saharanpur, Uttar Pradesh, 241515			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above			
OCCUPATION : Labour		MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 50,000		(Attach Proof of Income) : NA	
PAN No. : NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No : No			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Pradya	45	F
2	Sahit	18	M
3	Laigyao	10	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) सरोही रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:			
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/दवा सूची संलग्न			
Diagnosis - RE - Cataract LE - Cataract			
Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि	



Paste PHOTO HERE
Pse op Postop
Abbai (0981)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 unreservedly 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 part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त को ख खसकती है।
- 5) मैं इस पर घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे से भी किसी अन्य स्रोत या स्वयंसेवक से किसी अन्य प्रत्युत्पादन/रोजगार/कंपनी से न तो मदद ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish and/or 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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इस "कोशिका" प्रारूप के माध्यम से, प्रचार/प्रसारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी इसका विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है। मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रारूप/उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Hospital) hereby agree & accept following:
a) 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 support 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.
- 2) 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 bear the complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this regard.

- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 7) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 8) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 9) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।
- 10) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से किसी सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, जिसे इस (हस्पताल) विवरण प्रारूप में करने के अधिकार होते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये प्रस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/3/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989

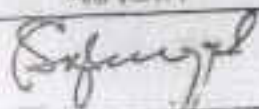
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व डॉ. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रस्टी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रस्टी हस्ताक्षर 2

