

SRE-C-26-03-0614

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life

S10326/0997

APPLICATION DATE: 12/3/26
आवेदन तिथि

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 68 SEX लिंग F

Mrs. Hamida

Late Mr. Zarif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
Badshahpur, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247662

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

same as above

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

Attach Proof of Income
आय का साक्ष्य संलग्न करें

NA

62,000 (Family Income)
N/AYes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
Phani	45	M	Son
Ravi	38	M	Son
Sahaj	40	F	Daughter in law
Mahesh	34	F	Daughter in law
Hamid	34	M	Grand Son
Khurid	20	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधारEWS Card
(Attach Copy)
अल्प आय वर्ग 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)
अभ्युपेक्षा कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्नDiagnosis - RE - Senile Cataract
LE - Senile Cataract

Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
जो यह सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

1. I/We hereby declare that all contents in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for withdrawal/cancellation.
2. Furthermore, should the assistance, if rendered 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/We further declare that I/We 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 the assistance is requested.
4. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि यह आवेदन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं सत्य प्रमाण सत्य साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
5. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करेंगे, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करेंगे, जो इस आवेदन में सत्य है।
6. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेंगे और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

By affixing my signature on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to publish/advertise my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium including but not limited to website, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/charitable work. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose".

By affixing my signature on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to publish/advertise my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium including but not limited to website, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/charitable work. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose".

1. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, मैं/हम (आवेदक) अपने उद्देश्य के लिए प्रयोग करेंगे।

2. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, मैं/हम (आवेदक) अपने उद्देश्य के लिए प्रयोग करेंगे।

APPLICANT'S PHYSICAL OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के शारीरिक या बायाँ अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

By affixing my signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & accept following:

1. I/We will not be responsible for will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are recommending this case/patient to Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, we will be responsible for making up the shortfall from another NGO or any other source. This recommendation is made on the basis 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 choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is a matter of the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will retain all its complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this regard.

1. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, मैं/हम (आवेदक) अपने उद्देश्य के लिए प्रयोग करेंगे।

2. मैं/हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि मैं/हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, मैं/हम (आवेदक) अपने उद्देश्य के लिए प्रयोग करेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. NEHA
DMC No.-58989

Date of Issuance
12/3/26

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर सहित मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इतराक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इतराक्षर 2



