

19/02/2026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 19/02/1168
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Murali Lal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 57
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gurnaj Singh
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-142, Virajpur

Distt- Mathura, D.P. 281006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

same as above

Preop Postop
(1168) Murali Lal

OCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Lachha Devi	late	F	Wife
2	Manoj	30	F	+ Daughter
3	Neha	28	F	Daughter
4	Savitri	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - I MSC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता के लिए प्रार्थना नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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/put-up/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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, जिनके "उद्देश्य" के लिए मैं सहायता माँगा हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता के लिए प्रार्थना नहीं की है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरे उद्देश्य के पूर्ण रूप से उपयोग के लिए किया जा सकता है। इस उपयोग का हस्ताक्षर यहाँ करता हूँ। इस उपयोग से मैंने भविष्य में या वर्तमान में या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता के लिए प्रार्थना नहीं की है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

मुरारी लाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.
- 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 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगा रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता के लिए प्रार्थना नहीं की है। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगा रहे हैं। यदि सहायता हमें पूर्ण रूप से नहीं मिलती है, तो हम सहायता माँगा रहे हैं।
- 2) सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता माँगा रहे हैं। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसके परिणाम की पूर्ण ज़िम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

9/2/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व पर इस्तेमाल करने वाले अधिकारी
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बर 1 ट्रस्टी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बर 2 ट्रस्टी	