

SRE-C-25-05-0445

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

510525/0086

APPLICATION DATE : 8-5-2025

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. KUBARAYALLAH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

Mrs. MOHD Shamshad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक वास्तविक पता

HOUSE NO. 25, SABDATPUR, RUMJHAI
KEDAR, PO: Saharanpur, DIST: Saharanpur, UTTAR PRADESH - 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास्तविक पता

Same as above

OCCUPATION:

जबरदस्त

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक भवान

50,000 (Family Income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आवेदक का वास्तविक सालाना)

MA

PAN No. स्थायी वास्तविक संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

कमा आए आवेदक होता है (जो मासिक हो उत्तर पत्र सही का विश्वास लगाता)

Yes / नहीं

हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mohd Shamshad	61	M	Husband
2	Namah	25	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाशित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) बरोनी रेडिके के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा इसी संस्करण करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द जल्द की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा इसी संस्करण करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जागा इसी संस्करण करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्यात्मक/डोक्टर से जारी की गई आवेदन तृतीय संलग्न	
	<i>Diagnosis - RE - Scleral Cataract LE - Cataract</i>	
	<i>Surgery - RE - SICS with PMMA</i>	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए 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 ली गई सहायता राशी

Koshika
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Pass of Post op
KUBARAYALLAH
(0086)

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 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.
- 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 जीवन कला हूं जिसे इस जीवन में यह सभी विषयों में जीवनकरों के जीवन समाप्त एवं मरी है। परं कोई विषय एवं जीवन असाध पका जाता है तो मैं भी यहाँका निलंग को जा जाता है।
- 5) मेरे द्वारा जो जीवनका उद्देश्य "कोशिका फाउंडेशन", में जीवन का रहा है, उसका उपर्युक्त उसी उद्देश्य की खुर्चि के लिये विषय जीवन, जो इस जीवन में भी गया है।
- 6) मैं यूट्यूब कला हूं जिसे महात्मा बाबू यह प्राप्ति की गई है, उस योगी का गतिशील या सकात हितह जिसी जन्म योगदानोंका बीच जग्मने से न तो जिता है और न ही भवित्व में भी।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा करन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस जीवन का अपने हालजीवन का आठवां की ओपरेशन, मैं (अवेदक) अपनी सहानुभूति की युग्म बताता हूं तथा "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत बताता हूं कि मेरा नाम, नाम, जोड़े और जो जीवन इस जीवन में मौजूद है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, जीवनका दूसरे उद्देश्य से बुझो भावितियों और उपत्यक्यों के लिये किसी भी इत्तमात्रा नाम्यम ने इसलिए कहने के लिए अधिकृत है। मेरे इत्तमात्रा जीवन के इत्यत्र के जल्दी या जदृ ये कहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न व्यक्ति अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस जीवन से मरमत हूं कि ये0 नाम, नाम, जोड़े और जीवन जो कि सहानुभूति के उद्देश्यों से प्रत्युत्तिहृत हैं युक्ते नाम: सहानुभूति जीवन का इत्यत्र नहीं बनता। इस जीवन के "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्धार अधिकृत और जाप्तकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हाथाता या लंबू का निलंग



pself

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा करन)

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.

इसी अधिकृत, हस्पिटल की ओर से याप्तस्तुती को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने विलक्षित की जाती है, जिसे हास्पिटल से मात्र तथा अस्तिकार बताते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में विविध सहायता किसी दैर योग्यता संभवता का जिसी अव्यय स्वीकृति से उत्तम योग्यतागते में संतुष्टि या से रहे हैं, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विविधताविवित उत्तम के अन्यथा में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जीवन किसी अधिकृत सहायता देने वाला नहीं किया जाता है तो अस्तिकार किसी अव्यय और योग्यता संभवता का जीवन सहायता देने का अधिकृत योग्यता सहायता है। इस यूट्यूब में स्लिड का बाबा यह है कि अस्तिकार द्वितीय योग्य उत्तम योग्यतागते देने किसी तरीके संभवता या जिसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेनगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" ने तो गई सहायता के बाबा जीवन योग्य प्रकृति की है। लोगों पर हास्पिटल द्वारा योग्य सहायता या जीवन योग्य पर्याप्त हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उत्तम नहीं है। इसलिए हस्पिटल में लोगों के इत्यत्र योग्यता और जारी बने जीवन योग्यतागते योग्य उत्तमता की दोनों और "कोशिका" की दोनों भूमिका या जिम्मेदारी इस जीवन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Arnav Modak
ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

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

नम व पर हास्पिटल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
आप्तेशन की तिथि
8-5-2025

Dr. NEHA
DMC No:-

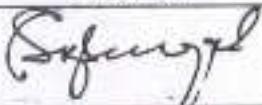
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्पिटल का रोप. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अवेदक रुपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पिटल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पिटल 2

