

SRE-C-25-05-0441

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S10525/0088		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	8-5-2025
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mrs. Shila		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : जिमानीका का नाम	Mr. Naresh		47	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		BETIYA, BITYAA, Sabarmati, Saharwanipuri, UTTAR PRADESH, 247001		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता		same as above		

Koshika
foundation
Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Post op Post op
Shila (0088)

OCCUPATION : अपनाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	48,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साथ संलग्न) MA
PAN No. स्पर्धा संख्या	NA	

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप अय फर दात हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशाच लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Naresh	48	M	Husband
2	Naresh	21	M	Son
3	Namrata			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरि.आवाद

BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह ग्रांड संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह ग्रांड संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषकता कार्ड (प्रमाण पत्र की जगह ग्रांड संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रीतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RB- Senile Cataract		
	IE- Senile Cataract		
	Surgery- RE- SICS with Phaco		

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 लोगई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति मेरे लिये किसी भी वापरकारी के अनुच्छेद सम्मत नहीं है। यदि कोई विवाह वर्ष काल अवधि पाए जाता है तो उसी वापरका नियम की वजह से है।
 - 2) मेरे द्वारा जो वापराएँ एवं "कोशिका आउन्डेशन", से नीति नहीं हैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की उपर्युक्त की विवाह वापरका, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
 - 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवाह वापरका द्वारा वह व्यवहार की गई है, जो उसी का सकल हिस्सा विनाशी मनन स्रोत/नियोजक/वीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही विवाह में ली गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/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 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 thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या झंगी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की युक्ति करता हूं एवं "कोशिका आउन्डेशन" और उसके न्यायीयों को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, ठाना, जोगी और जो विवाह इस प्राप्ति में चलिये हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, ठान, वाचनपत्र द्वारा वर्तमान से युक्ती वालीयाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मालाबाद में प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले वह बार में करने के लिये "कोशिका आउन्डेशन" व न्यायीय अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इह बात मेरे मालाबाद हूं कि मेरे नाम, ठाना, जोगी और विवाह जो कि वापरका वे उद्देश्यों से प्राप्ति हैं युक्त रूप से वापरका का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का नियम आंतर और वापरकों से होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अपूर्ण जो लिखा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की वज्र से गामते/वीमा को "कोशिका आउन्डेशन" से विवाह वापरका हूं युक्ति दिया है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकाल में मालाबाद करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यावधान और न ही भावित्य में विवाह वापरका दिया है एवं वापरकी अन्य स्थान से उक्त दोनों व्यक्तियों में तोड़ने वा से छोड़ने है, जैसे कि इनमें "कोशिका आउन्डेशन" से विकारीजित/विनाशी उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका आउन्डेशन" द्वारा मदर हूं कि है। यदि "कोशिका आउन्डेशन" द्वारा वापरका विवाह अधिकृत/सकल हूं मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल विकारी अन्य एवं वापरकी संस्थाएँ या वापरका तोड़ने वा विवाह वापरका सुविधा देखती है। इस प्रकाश में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त दोनों व्यक्तियों हूं किसी गैर वापरकी संस्था या विकारी अन्य संस्थान से नहीं होती।
2. "कोशिका आउन्डेशन" से भी नई वापरका कोलाहल विवाह या विवाह वापरका ज्ञाती जी है। योगी पर अस्पताल द्वारा ये नई स्थलों का विवाह या विवाह वापरका ज्ञाती जी है। हस्ताक्षर द्वारा ये नई स्थलों का इसका गुणा और आवेदन की सती विनाशी एवं एवं अस्पताल की होती है और "कोशिका" की योगी युक्ति का विवाह वापरका इस वापरका में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संक्षेप

ARNAB MODAK

**ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR**

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

नम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकृती

Date of Surgery अंगोंकरण की तारीख B-5-2025	Dr. NEHA DMG No. 54/12 दाकार का नाम व हस्ताक्षर व रुक्मि. न.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	आवेदक उपयोग है।
--	---	--	-----------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम व हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम व हस्ताक्षर 2