

SRE-C-25-05-0578

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S10525/0097	APPLICATION DATE : 10-5-2025 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष 45	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	Mrs. Gulshana	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Majephurwali Kalan, Saharanpur, UP - 247120	PASTE PHOTO HERE Photo op Post op Gulshana (0097)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वास्थ्य आवासीय पता	Same as above			
OCCUPATION : जबरदस्ती	Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹8,000 (Family Income)			
PAN No. स्थाई जाती संख्या	N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान हो उस पर सही का निशान लगायें)	Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
(1) 2	Mondi - Murtaza Mondi Murtaza	49 26	M M	Husband Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (उम्मीद पत्र की लागत संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप वर्ग इकाय पत्र (उम्मीद पत्र की लागत प्रति संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साझा	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाने विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्राचीवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE- Pseudophakic LE- senile cataract</p> <p>Surgery - LE - SICS with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: जावेक द्वाट मोरणा पाप:

- 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 लिखता बात हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण योगी जानकारी के अनुसार गलत एवं मानी हैं: यह जो किसी कारण द्वारा असाधारण बात बात है तो मैं उसे स्थापित निरपेक्ष भी जा सकती हूँ।
- 2) मैं इस ने स्थापित किया "कोशिका फाउंडेशन", से सभी जा सकती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण जारी किया, जो इस प्रक्रम में मान रखा गया है।
- 3) मैं पूर्ण बताता हूँ कि विवरण स्थापित होने वाले जारी को गई है, उस चीज़ का सहीकृत नाम रखना किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बोर्ड कम्पनी से न तो लिया है और न तो भवित्व में रहा।

AGREEMENT by APPLICANT (जावेक द्वाट काला)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ के अपने हस्ताक्षर या आंटे की उप स्थापित, मैं (जावेक) अपनी स्थानीय भी पूर्ण बताता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जात, आंटे और जो विवरण इस प्रक्रम में सौचित है, उसे "कोशिका" एवं जाती, जात, जावेक या उसी उद्देश्य में जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये विनी भी प्रसार जाएगा। जो उपलब्धि करते हैं जिए अधिकृत हैं। मेरे इन चार विवरण में इतना को बताते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (जावेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जात, आंटे और विवरण जो कि सहमता के उद्देश्यों से जुड़ी है युक्त स्थान सहमता का हकदार नहीं बनता। इस साथ मैं "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियम अंतिम और व्यापकरणीय हौसला।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जावेक के हस्ताक्षर पर आंटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाट काला)

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.

इसके अधिकृत, उसकालीन को जारी से न्यासीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध स्थापिता हेतु सिवायिता को बताती है, जिसे हम (हस्पताल) जिम्मेदारी में रखता रखता रखता है।

1) यह कि न तो अधिकारी और न ही भवित्व में विविध स्थापिता किसी भी स्थान पर किसी अन्य स्थान से उक्त गुणोंका बारे में सौचार्य नहीं करता है और इसके "कोशिका फाउंडेशन" में विविध/विविहि इतने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्थापित विविध अधिकारी/मालिक हेतु पन्द्रह नहीं किया जाता है जो अध्यक्ष किसी अन्य गैर स्थानीय संस्था या किसी अन्य स्थानान्तर से स्थापिता लेने वा अधिकारी सुधारित रखता है। इस पूर्ण में रखता रखता है कि अध्यक्ष हिस्तीय मदर हम सोनी/पापाने हेतु किसी भी स्थानीय संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेना चाहता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" गे नी गई स्थापिता कंपनी विविध ज्ञानी को है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई स्थापिता के लिये योगी द्वारा प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में देखें कि इतना सुन्दर और अनेक जाने वाले साथे विविध गैरी एवं हस्पताल की हाली और "कोशिका" को जारी पूर्णिमा या विविधरूप इस मामले में जड़ी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंतिम बीमारी की तारीख

Dr. Nisha
DMC No. - 50989
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दाकार्ता का नाम व हस्पताल में दर्ज है

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2