

SRE - C - 25 - 08 - 1977

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

5/0825/ 0313

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

30-8-25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mr. Kahari Singh

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कानूनी का नाम

Mr. Bharatu

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

M

Koshika  
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Post of post op  
Mr. Kahari Singh  
(0426)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी पता

House no. Khalsa Patti, Village Rankhandi  
Rankhandi, Saharanpur, Uttar Pradesh

247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाइ आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:  
अवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

46,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वार्ड संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहा है? (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास 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)	Manju	40	M	Son
(2)	Rashmi	38	F	Daughter-in-law
(3)	Sunay	22	M	Grand Son
	Sumit	20	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गर्भीय रेखा के भीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	अहल आय वांग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Diagnosis - RE - senile cataract  
LE - Pseudophakic

Surgery - RE - SICS with prima

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अवृत्ति स्वास्थ्य 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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा परः

- 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 हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण भौतिकीय के अनुमान अत्यं एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यं पाया जाता है तो मैं सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ताकि "कोशिका फाउंडेशन", में सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भय रखा है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि यिस सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस दृष्टि का अलिङ्गन या सफल हिस्सा किसी अत्यं स्थोत्र/नियोजक/थीमा कम्पनी से न जा लिया है और न ही विवरण में लौग।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक 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 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.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को द्वारा अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्थानों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नाम्सी, दान, याचना/या सूसरे उद्देश्य से युक्त गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलेक्ट्रॉनिक पात्रों के लिए एवं "कोशिका फाउंडेशन" व स्थानीय विधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात में सहायता हेतु कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहृत है मुझे ख्वाब सहायता वा हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके स्थानों का निर्णय अविष्य और वापसीकरण होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और मेरे मामले/रोगी जो "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्तार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वार्तामान और न ही व्यविधि में वित्तीय सहायता किसी गैर समर्कीय संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/मामले में लेने जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अंतिकाक्षर संकलन हेतु बन्दू बन्दू नहीं किया जाता है तो जस्ताकल किसी अन्य गैर समर्कीय संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने जा अविकार सुरक्षित रहता है। इस पूष्ट में भयानक कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर समर्कीय संस्था या किसी अन्य सामग्री से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी गई सहायता के बावजूद वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा यह गई सहायता का चुनाव योगी एवं हस्पताल के भीतर का नियम है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोहू दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी को हालांकि मुरक्का और आवेदन की सारी विमेशीय गंभीर एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णका या विमेशीय इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
*30-8-25*

*Dr. Ramandeep Kaur*  
DMC No. 50985  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व ग्रीव. न.  
*डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व ग्रीव. न.*

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल के प्रतिनिधि का नाम



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम्सी हस्ताक्षर 1  
*Signature*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम्सी हस्ताक्षर 2  
*Signature*