

SRE-C-24-07-0565

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:  
SI0724/0331APPLICATION DATE: 11-07-2024  
आवेदन तिथि:NAME OF APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mr. Sheorchand 73 M

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

Late Mr. GYANARAM


  
Koshika  
foundation  
Building block of life.


PASTE PHOTO HERE

Proof of Post of  
Sheorchand  
(0331)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बायोपान अधिकारीय घर

HOUSE NO. 60, NEW GOPAL NAGAR, NEAR  
NAGARI MANDIR, NEW GOPAL NAGAR  
SAHARIAHPUR, SAHARIAHPUR, UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अधिकारीय घर 247001

same as above

OCCUPATION:  
आवासीय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)  
(आय का मात्र संलग्न)

PAN No.: स्थायी आया संख्या

NA

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
ममा आप आप कर दाता है (जो मात्र हो उस पर सही का निश्चान लगाये।)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	Munesh	56	M	Son
2	Aneesh	56	M	Son
3	Kamlesh	43	F	Daughter
4	Rohan	23	F	Daughter
5	Abhishek	26	M	Son
6	Monu	28	M	Son
7	Nikhil	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
ममा के लिए विनाई आवास

BPL Card: (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
ममा के लिए विनाई का उद्देश्य:

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

Diagnosis - RE - senile cataract

LE - senile cataract

Surgery - RE - SICS with PMMA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नी यह सहायता यांती

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्राकृत में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। पारं कोई विवरण एवं काम-असाधारण-चाल है तो मेरी महानगर निकल की जा सकती है।
- (2) मैं द्वारा जो सहायता योग्य "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा सकती है, उसका उपयोग इसे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृत में भयं पर्याप्त है।
- (3) मैं चुनिंदा करता हूँ कि विस महानगर हैं तो वह प्राप्तना की गई है, उस तरीके का अधिकार या सकान किसी जन् आर्थिकोंका बोनस कम्पनी से न तो लिया है और न तो खालिया में छूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अप्पेलेंट 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/pull-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 प्राकृत पर अपने हस्ताक्षर या अपने को दाम लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीदों "को अधिकृत करता हूँ कि ये तो नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राकृत में दर्शाये गए न्यासी, दाम, वापसीपर्याप्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार या व्यापार में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राकृत का विवरण मेरे इस्तेव के भूते वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामी अधिकृत है।

2) मैं (अप्पेलेंट) इस कार से महत्व है कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो मैं महानगर के उद्देश्यों से जुड़ी हैं युक्त सहायता का हास्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दाम-न्यासीयों का विवाह अतिम और आधिकारी होता।

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

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरालन



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पातल 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.

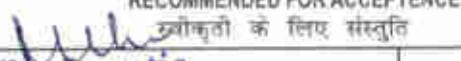
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और मेरे नाम संबंधित विवरण को जारी है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न प्रकार से यथावत करते हैं।

1) यह कि व तो वार्तामान और न हो व्यापार में विविध महानगर किसी भी साकारी सम्बन्ध पर विविध जन्म स्थान से उक्त योगी/व्यापारियों में से जो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विवाहित डॉक्टर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा हो रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महानगर विवाहि वासिनी/साकारी हो जाये तो भवित्व में अस्पताल किसी भी गैर साकारी सम्बन्ध या फिरी अन्य मानवाधार में महानगर होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस चूटि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यात्रा योगी/व्यापारी हैं तो विविध और साकारी संस्थाएँ या किसी भी अन्य साधन पर नहीं लेना चाहती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई महानगर संबंध विविध प्रकृति को है। योगी पर हस्पातल द्वारा दी गई महानगर का विवरण तथा उपचार/प्रक्रिया का चूनाव योगी एवं हस्पातल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दामांक नहीं है। हमसिये हस्पातल में योगी के इस्तेव सुरक्षा और अपने जाने को सही विष्यादारी योगी एवं हस्पातल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

ज्ञानीकृती के लिए संस्तुति



**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR**

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

नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंगूठे की तारीख  
**11-07-2024**

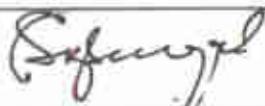
**Dr. Monika Jasrotia**  
DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
दाक्तर का नाम व हस्पातल नं. ५२०८

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्पातल ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पातल २

