

SRE - C - 25 - 10 - 1495

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/025/0627
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24-10-25
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mr. Rajendra
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS 56
 आयु-वर्ष

SEX M
 लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Mr. Kaliva
 पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Mohalla Subhashnagar, Dist. Rurai, Shamli, Uttar Pradesh, 247778
 वर्तमान निवासीय पता

PASTE PHOTO HERE
 Part of Post op
 Mr. Rajendra
 (0627)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
 स्थायी निवासीय पता

OCCUPATION : Labourer
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 47,000
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. : NA
 स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो भाग हो उस पर सही का चिह्न 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) | Rajiv | 35 | M | Son |
| 2) | Amrita | 30 | F | Daughter + son in law |
| 3) | Sonu | 18 | M | Grand son |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति आधार

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकवेदन 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 स्त्रोत से लीया गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य ढोण ढर)

- 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) मै ढोषक करत हूँ कि इस ढरक से दिने गये गणी विवरण ढेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। ढरि कोई विवरण एवं कथन असल ढरत ढरत है तो ढेरी सहायता निरल की जा सकती है।
 2) मेरे ह्यक को सहायता ढरि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उल्ला उपरोक्त उल्लेख की ढरि के दिने किये जायेगा, जो इस ढरक में ढरत ढरत है।
 3) मै सुनिश्चित करत हूँ कि किये सहायता हेतु ढर प्रार्थना की गई है, इस गणी कय ज्योिक कय सलत किये किये अन्य स्रोत/ढरक/ढरक कयमी से न ले लिये है और न ही सविन में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढरक ढर करने हलसलर कय अंश के सच ललकर, मै (अर्शेक) सपने सहायते की ढरि करत हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उल्लेखे न्यरतीयों" को अधिकृत करत हूँ कि मेरा नाम, ढरत, फोटो और जे विवरण इस ढरक में ढरिख है, जसे "कोशिका" एवम् न्यरती, ढरन, कयन/कय दूरमे उल्लेख से सुली ढरिखिणों और उल्लेखिणों के दिने किये ढेरी ढरक सचक से ढररिख करने के दिने अधिकृत है। मेरे ढरक कय विवरण से इललत के ढरले ढर सच से करने के दिने "कोशिका फाउन्डेशन" ढर न्यरती अधिकृत है।
 2) मै (अर्शेक) इस ढर से सलसलर हूँ कि मेरा नाम, ढरत, फोटो और विवरण जे कि सहायता के उल्लेख से ढरिखि है सुले न्यरती सहायता कय हकदर नहीं बनत। इस सलसलर में "कोशिका" एवम् उल्लेखे न्यरतीयों कय दिनेय अंश और सचकरी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हलसलर कय सलसलर कय निरल



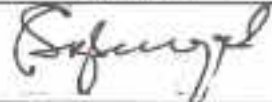
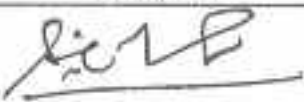
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्य करत)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से गणतेलोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायत हेतु सिखारि करे ढरत है, दिने हम (हस्पताल) किये ढरक से ढरन न सलसलर करे है।
 1) ढर कि न जे ढररिख और न ही सविन में विधि सहायता किये गैर सलसलर संसलत ढर किये अन्य स्रोत से उल्लेखे सविन में लेने ढर ले रहे है, जसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिखारि/विधि उल्लेख के सलसलर में "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य सहाय हेतु कि है। ढरि "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य सहायत विधि अधिकृत/सलसलर हेतु सलसलर नहीं किये ढरत है जे असलत किये अन्य गैर सलसलर संसलत कय किये अन्य सलसलर से सहायता लेने कय अधिकृत सुनिश्चित ढरत है। इस सुनिश्चित में सलसलर ढरत है कि असलत ह्यिण कय उल्लेखे सविन हेतु किये गैर सलसलर संसलत कय किये अन्य सलसलर से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल विधि ढरकरी की है। सविन ढर हस्पताल ह्य ढर सलसलर ढर किये गये उल्लेख/ढरिखिण कय सुनलर लेने एवं हस्पताल के ढरक कय विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" ह्य किये उल्लेख कय ढरले सलसलर नहीं है। इसदिने हस्पताल में सविन के इललत सुलल और जाने जाने की सली जिम्मेदारी सविन एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की ढरले सुनिश्चित कय जिम्मेदारी इस सलसलर में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सवीकृती के दिने संसुति

| | | |
|---|--|--|
| <p>Date of Surgery अंशेक को उल्लेख 24-10-25</p> | <p>Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डरकर कय नाम ढर हलसलर कय ढरि, न</p> | <p>ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम ढर ढर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|---|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु</p> | |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यरती हलसलर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यरती हलसलर 2</p> |
|  |  |