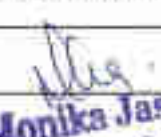
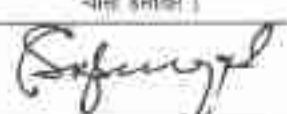


SRE-C-24-L2-1942

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: S/0125/0773		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 2-1-2025		 PASTE PHOTO HERE Put up Post of Suneeta 10773	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mrs. Suneeta		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 50	SEX / लिंग: F		
FATHER/HUSBAND'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: Mr. Rajkumar		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता: Chilkana Road, Datali Sultanpur, Sahasranpuri, Sahasranpuri, Uttar Pradesh, 247001			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता: Same as above			
OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें): NA			
PAN No. / पैन संख्या: NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो भाग हो उस पर सही का निशान लगाएं):		Yes / No / हाँ / नहीं / ☒ ☐			
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध	
1	Rajkumar	52	M	Husband	
2	Mahesh	28	M	Son	
3	Sachin	25	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनियमित आधार					
BPL Card (Aaraj Card Copy) / गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (आधार पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - LE - SICS WITH PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा): 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 rescission/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. 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मेरे द्वारा दिये गये विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण उक्त फॉर्म में गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, जो इस फॉर्म में उद्देश्य के लिए अनुरोध की गई थी, केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी। 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरा नुकसान का भुगतान किया है और न ही भविष्य में किया।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार): 7) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upon/produce 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. 8) 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. 9) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की गई सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का विवरण कोशिका फाउंडेशन के वेबसाइट या अन्य स्रोतों पर "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिसूचना में दिया गया है। 10) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के वेबसाइट पर प्रदर्शित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग से "कोशिका" एक अच्छा काम करने वाला संगठन है और सहायता के लिए लोगों को प्रेरित करेगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप	
 p-self	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार): 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 judgement 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. 3) यहाँ अधिसूचना, उपचारों को देने से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से काम न करेंगे। 4) यह कि न तो हमारे पास है और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध की गई सहायता, तो हमें कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध की गई सहायता, तो हमें कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है। 5) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता स्रोत नहीं है। हमारे पास हस्पताल से प्राप्त की गई सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता स्रोत नहीं है। हमारे पास हस्पताल से प्राप्त की गई सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता स्रोत नहीं है।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2-1-2025	 Dr. Monika Jasrotia DMC No. 5218 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर  ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCCH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामित हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामित हस्ताक्षर 2 