

SRE-C-24-03-1600

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of 2B.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0777

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

3-1-2025

NAME OF APPLICANT:

आवेदनकर्ता का नाम

Mrs. Mina

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Mr. Mahaveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

house no 434, near talab, Kharab
Wala, Sahasidpur, Uttar Pradesh-
247551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पैन नंबर

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आम आय कर देता हूँ (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध
01	Mahaveer	58	M	Husband
02	Mahavik	24	M	Son
03	Rishabh	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिए के सीएम आवास पत्र (अवलोकन पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (अवलोकन पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अवलोकन पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
	Diagnosis - RE - Schull Cataract LE - Pseudophacia
	Surgery - RE - STCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?

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



PASTE PHOTO HERE

Pst of Post of
Mina (0777)

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a resident of the State of New York. ☐ I am not a resident of the State of New York.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Rashika 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 यथाथा बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में जोड़े गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन जोर कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी व्यापक विधि को या खतरा है।
- 5) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, के लिए किसी भी प्रकार की मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT | **सहमति दाता द्वारा**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/republish 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 1) इस प्रश्न का ज्ञान इसायाहा का संदेश को ध्यान लाना चाहिए, मैं (आवेदीक) अपनी भूमिति को पुनः बना रहा हूँ एवं "कलितता का विरोध और उसके नाशोपार्थी" का अभिप्राय करता हूँ कि मेरा नाम प्रायः पड़ता और जो विचारण इस प्रश्न में बाधित है, उसे "कलितता" कायम नामों, राज, राजाशासक दुर्गम संदर्भ में मुझे परिवर्तित और जलमन्त्रियों के विषय किसी भी इसाया नाम से जलमन्त्र के विषय अभिप्राय है। मैं प्रश्न का विचारण को शुद्ध के पक्षों पर कर के करने को लिए "कलितता का विरोध" ज. मन्त्रों अभिप्राय है।
- 2) मैं (आवेदीक) इस बात से जलमन्त्र हूँ कि मेरा नाम, प्रायः पड़ता और विचारण जो कि संसार के संदर्भों में प्रेषित है मुझे लगे। इसायाहा का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कलितता" कायम नामों के विषय अभिप्राय और जलमन्त्रों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

सावधान रहें। सावधान रहें। सावधान रहें।



p-self

AGREEMENT BY HOSPITAL (continued) (SEE PAGE 10)

By affixing her/his/their signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kishwa Foundation, we (I/We) hereby affirm & accept following:

- 11) 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.
- 12) 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.

इसका अर्थित्व इसकाथी की जो वे मयलेसो को "असिक्त पयड्येन" से विविध ज्ञानात रीत सिखाति की गती है, जिसे हन (हमकल) मिल इका से पान्य वे स्वीकृत करत हैं।

1. वह कि न तो बोलने और न ही लिखने में विशेष रुचियाँ किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती/पावने में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि अपने "भौतिक कार्यालय" में शिक्षाविदियों को उनके काम में "बौद्धिक कार्यालय" द्वारा मदद देना कि है। यदि "भौतिक कार्यालय" द्वारा साक्षर विदेशी शिक्षा/सहायता देना सचवा नहीं किया जाता है तो उदाहरण किसी अन्य कि साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं के सहयोग लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय पद उस संस्था/व्यक्ति देना किसी कि साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति में नहीं होगी।
2. "बौद्धिक कार्यालय" में ही यह साक्षरता केवल शैक्षिक प्रकृति की है। लगे या हस्ताक्षर द्वारा ही यह साक्षरता कि कि लगे/उपयोगिता का प्रमाण लगे एवं हस्ताक्षर कि लगे का प्रमाण है और "बौद्धिक कार्यालय" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लगे कि हस्ताक्षर सुरक्षित और आने जाने की सभी सम्बन्धों लगे एवं हस्ताक्षरों का लगे और "बौद्धिक" को कोई शैक्षिक या विज्ञानों इस साक्षरता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकारों के लिए संयोजन

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

ADMINISTRATOR
SCHEMAMARANPIR

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

जय श्री गुरु हरप्रसाद अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अथर्ववेदः

3-1-2025

Dr. NEHA
DMC No.-58986

DMC No.-58989

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम है इसका क्या है ?

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

1000

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हल्लाहा

1218