

SKC-C-25-01-0082

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Spreading block of life	
APPLICATION No. : (आवेदन संख्या) : S/0125/0778		APPLICATION DATE : 3-1-2025 (आवेदन तिथि)		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Mahipal (0778)	
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम) : Mr. Mahipal		AGE-YEARS : 56 (वयस वर्ष)	SEX : M (लिंग)		
FATHER/SPOUSE'S NAME : (पिता/सहोदर का नाम) : Late Mr. Bheemal					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : gham-bhamedi, Shahpuri Bhamedi, Shahpuri, Joda, Shamli, Uttar Pradesh, 247778					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : same as above					
OCCUPATION : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 49,000 (कुल वार्षिक आय)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें) : NA			
PAN No. : NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे 'X' चिह्नित करें):					
Yes / हाँ No / नहीं ☒					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वयस वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से संबंध)	
(1)	Sushila	55	F	Wife	
(2)	Ramish	45	M	Son	
(3)	Sushila	34	F	Daughter in law	
(4)	Mohan	23	M	Grand Son	
(5)	Ritansh	30	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरण अथवा					
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रखा के साथ संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी एक का चयन करें:					
Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Diagnosis - RE - Cataract LE - Total 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 लिया गया है?					
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: I HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION FURNISHED BY ME IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

- 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 Kashiika 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 अवगत करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य एवं सही है तो मेरी सहायता मिलाने की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक स्पष्ट "कौशलिक परामर्शदाता" के तौर पर सही हूँ, उसका उपयोग मेरी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैं इस सहायता से मेरे प्रश्नों को नहीं हल कर रहा हूँ। मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पैसा ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ण)

- 1) मैं अपने निम्नलिखित विवरणों को इस फॉर्म पर (आवेदनकर्ता) द्वारा स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भविष्य" को समर्थन दे रहा हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, वह "कोशिका" समूह, समूह, दल, संस्था/या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किया जा सकने वाला या प्रस्ताव करने के लिए आवश्यक है। मैं आप का विश्वास की शक्ति के तहत यह बात से कहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य समर्थक हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटें और विवरण जो कि सहायकों के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सलाह, समर्थन का हमारा नहीं जाता। इन संबंध में "कोशिका" समूह समर्थक-व्यक्तियों का निम्न अधिक और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के परमाण्विक अङ्कत के निशान :

() p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (PRINTED IN BLUE INK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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. In 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.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संशोधन के लिए संशोधन

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCCH SAHARANPUR

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

कर्म कर्म हस्तगतं अधिपतं अधिपतिं

Date of Surgery
Admission date

3-4-2025

Dr. SEJAL

(Name of Dr. & Red Seal With Stamp)

साक्षरता का नाम न इलाखर न गैल न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयसी हस्ताक्षर ।

Exercyzj

SIGNATURE of TRUSTEE I
न्यासी दयाशंकर :

2020