

SRE- C- 25-01-0462

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/0125/0790

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10-1-2025

NAME OF APPLICANT :

आवेदनकर्ता का नाम

Mr. Hukumchand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Chaiju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

46, Mahabaleshwar, Mahabaleshwar,
Mhatfalgadhara, Uttarak
Pradesh - 251310

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Hukumchand
(0790)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. टैक्स कागज संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाखल हैं? (को 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध
(1)	Jagat Singh	56	M	Son
(2)	Rohan	54	M	Son
(3)	Madhu	54	F	Daughter in law
(4)	Meenka	49	F	Daughter in law
(5)	Bablu	39	M	Grand Son
(6)	Rohan	26	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

SFL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेशन कार्ड की प्रत संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह चिकित्सीय आवश्यकता है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुस्खी संलग्न
	Diagnosis - RE - Brown cataract LE - Senior cataract Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION BY APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 Krishna 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, seek of reimbursement, in part or in full, from any other source(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रदान पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस आ-सहायता राशि "कठिनाई फंडमेंटेशन" से लेती जा रही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में क्या है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता से मैं यह प्रार्थना कर रही हूँ, उस राशि का अवशेष या सहाय विवरण किसी अन्य संगठन/विशेषज्ञ/बैंक कम्पनी से न ले लिया है और न ही लेण्या में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (4904) (01) (517)

- 2) I am aware that my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/distribute/approve 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.
- 25) 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या संक्षेप की भाँति साफ़ करने में (आवेदक) अपनी भावना को व्यक्त करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करना है कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दत्त, वाचस्पत्य दुर्गा उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात विचार से इनकार नहीं करता कि उन्होंने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत हैं।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का स्वीकार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा संतोष न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अवैधक य राजभा य लेई का थिया



p-salt

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Nishika 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 administered 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.

कालों की विभक्ति, इसलिये जो लोग से सम्बन्धितों को "अधिकार पाठशाला" में शिक्षित कराया, वे ही भविष्य में मित्रता की बातें हैं, जिन्हें हम (इसका) ऐसा प्रकार से समझना चाहते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

म्योकाजी के लिए भस्मालि

Date of Surgery

आपका जवाब

 $1001-2.25$

© 2004

Dr. SUNEET MALIK

DMC No.-12751

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

शक्रः का नाम न हस्त्या न गिः न

ARNAB MODAK

THEIR MOD- ALTIMENT

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Anil Kumar (Hastell))

समय पर पीएचएम हस्तांतरण आवश्यकता निर्धारित करें।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के

SIGNATURE OF TRUSTEE:

ब्यापार कालिका ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मध्यमी इन्द्रधनुः ।

2018