

MAN - C-23-01-0304

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष			
FATHER'S/SPONSOR'S NAME : पिता/सहयोग का नाम		SEX लिंग			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता					
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. यदि खाली हो तो					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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	Ms. Ramee Khatun	31	M	Son	
2	Ms. Ramee Khatun	30	M	Son	
3	Ms. Ramee Khatun	28	M	Son	
4	Ms. Ramee Khatun	26	M	Son	
5	Ms. Ramee Khatun	25	M	Son	
6	Ms. Ramee Khatun	22	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपसनात/होमियर से जारी की गई प्रस्क्रिप्शन सूची संलग्न				
1	Diagnosis - RC - Senile Cataract IC - Senile Cataract				
2	IC - STCS with Pseudo lens Comp				
ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED ले गई सहायता राशि		
1	MBCS		2.0000 /		

Koshika
Foundation
Building back of life



POST PHOTO HERE

Recd P- Post OP

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा है):

- 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/withdrawal.
- 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 the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरा आवेदन तथा सहायता, यदि कोई हो, खारिज/व्याप्तिकालीन हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं रख रहा हूँ, कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो पूर्णतः या आंशिक रूप से सहायता प्राप्त कर सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 in this regard will be final and irrevocable to me.

- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे कि "कोशिका" दान, लोगों, या, वास्तविक रूप से दूरस्थ से दानों/सहायताओं और व्यक्तियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से जानकारी करने के लिए सक्षम हैं। मेरी स्वीकृति का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदक) दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो पूर्णतः या आंशिक रूप से प्राप्त करने के लिए प्रयोग नहीं किया जाएगा। इस सहायता में "कोशिका" फंडिंग का उपयोग करने के लिए आवश्यक नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 assistance, 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This recommendation 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गारंटी/पेशगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत से प्राप्त करने की आवश्यकता है, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रत्येक में उल्लेख है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हेतु कोई भी चिकित्सा/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल के रोगी के उपचार सुझाव और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी एवं हस्पताल के बीच और "कोशिका" को कोई सुझाव या निर्देशन इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDATION FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/05/23	Dr MAZHAR N. KHAN M.B.B.S.M.S.FICO UP (M.D. Registrar, Ho. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का मुहर	Anurag Mishra Manager - Hospital Dr. Shroff's Hospital & Research Centre Authorized Signatory Hospital (Signature of Hospital) Mohammed Ali Jinnah Hospital हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का मुहर
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यायी इलाहा 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यायी इलाहा 2
	