

SRE-C-23-04-0556

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: 510423/0042		APPLICATION DATE: 11-04-2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MMS Saiyama		AGE-YEARS आयु-वर्ष 48	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम Late M M Jabir					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Redi Madapuram, Sakamapuram, Reddi Madapuram, DHOH Pradip, 247120					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 49,000 (Family Income)			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्वयं छाता संख्या NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)					Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>
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)	Imshad	30	M	son	
(2)	Rasma	27	F	daughter in law	
(3)	Nazma	10	F	Imshad daughter	
(4)	Rashik	08	M	Imshad son	
(5)	Rashik	05	M	Imshad son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए मदद मांगी जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract					
Surgery - RE - SLCS with PMMA					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मांग "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त कर फायदेन को नहीं है, इस राशि का आंशिक या सफल विन्यास किसी अन्य सहायतादाता/बोला कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce 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 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 acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दत्त, वाचना/का दूरत वृद्धरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


P-Seef

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 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 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.

इससे अधिकृत, हमसलारी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्यास उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पहर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नई सहायता वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह को किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू कर और अन्त जाने को जारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

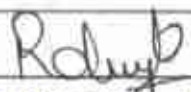
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
11-04-2023


Dr. Sadafnaz Sabah
DMC-99743

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

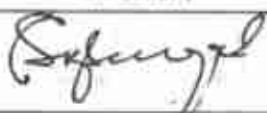

Ranveer Singh Sandhu
Administrative
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

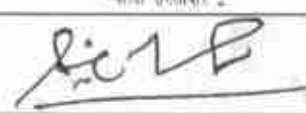
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामी हस्ताक्षर 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामी हस्ताक्षर 2)



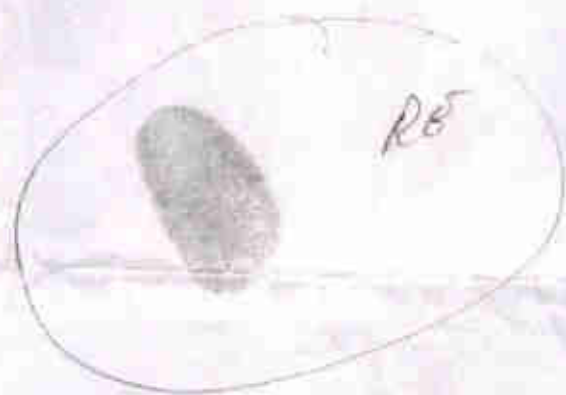


भारत सरकार
Government of India

सयरा
Saiyara
जन्म तिथि / DOB : 01/01/1975
महिला / Female

2952 9156 7449

आधार - आम आदमी का अधिकार



Unique Identification Authority of India

पता:
संवेदित: जस्टिस, सी गल्लकपुर,
सहायपुर, रावे तपूर, उत्तर प्रदेश,
247120

Address:
W/O, Jaha, Rnd Malakpur,
Saharanpur, Rahe Tapur, Uttar
Pradesh, 247120

2952 9156 7449

1817
1800 200 1817

<http://uidai.gov.in>

www.uidai.gov.in