

SRE-C-25-05-0098

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/0525/0067

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

03-5-2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Tahida

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुका का नाम

Late Mr. Mohd Arif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

near fatima masjid, vill Madhulapur
Post Ambekhta Sekhda, Dehband,
Saharanpur, Uttar Pradesh, 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Tahida
(0067)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

48,000 (family income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. : न्यायदाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे।)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Mithaan	42	M	son
(2)	Mubarak	36	M	son
(3)	Nalima	34	F	Daughter in law
(4)	Sahab	34	M	Grand Son
(5)	Sahar	34	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract
	LE - 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 हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा स्व:

- 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 यहाँ पर बता रहा 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 येई प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर प्रार्थना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने प्रार्थना हेतु वह धन्यता की नहीं है, उस वसति का कोशिका या सफल हिस्सा किसी अन्य द्रोह/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 fulfillment 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जदर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यासी, दत्त, साक्षात्कार दूसरे माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरे हस्ताक्षर के पश्चात या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्जदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षर के उद्देश्यों से घोषित है जुड़े स्वतः स्थापना का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्षेद्वय के हस्तधारा या अंगुलि का निरीक्षण



pselt

AGREEMENT by HOSPITAL (हृस्पताल 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.

इसके अतिरिक्त, इसायाही की ओर से घाबले/ऐसी की "बोशिका फावन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध स्थापना किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य स्तरों से उच्च रोगी/मार्गों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिलिकॉन/विनिर्दिष्ट उष्ण के साथ या "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आर्थिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारों संरक्षण या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनिर्दिष्ट मदद उच्च रोगी/मार्गों हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विनिर्दिष्ट इच्छा की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर से रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी निष्पक्षता रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या निष्पक्षता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCHELSKY, S. 1963.

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

नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेटिंग की तारीख

3-5-2025

Dr. NEHA
DMC No. 50009

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

डायरी का नाम व हस्ताक्षर व ग्वि. नं.

खाक्यः का नाम व हस्ताक्षर व गर्बि न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यस्य हस्ताक्षर ।

Sehenswerth

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि ?

1000