

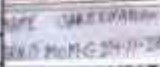

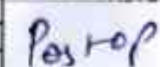
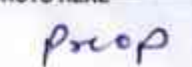


ham - C-29-11-2881

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: M/0525/0099		APPLICATION DATE: 08/05/25	
NAME of APPLICANT: Jameena Bano		AGE-YEARS 60	SEX F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mohalla		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Jaungliya Shahabad Dehat		 	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above		 	
OCCUPATION: Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 20/000/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. Same as above			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	
Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Surgery UF senile cataract			
Surgery UF senile cataract			
Surgery UF SCS with PRRS 17ms camp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

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 है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।

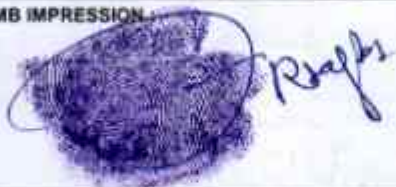
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का शरिफत या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचौ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, एचआर/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंत्र नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अधोदधक कऱ हसलधधर धर तऱंगुले कऱ नऱलधन



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.

हमारे अधिकृत, इररावली की ओर से घामले/रोगी को "कोशिका फाटने" से विरथि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

1) यह कि न तो खासियत और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त ऐंगी/यामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोसिका फाउन्डेशन" से मिफा/डि/विनित उक्त के सम्बंध में "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आसिका/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त ऐंगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिकित्सीय प्रकृति की है। रोगी पर हम्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम्यताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हम्यताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/25</p>	<p>Dr. Akash Kumar M.B.B.S. D.S.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. Akash Kumar</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	