


SRE - C - 25 - 05 - 1385

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S10525/0135		APPLICATION DATE : 22-5-2025 आवेदन तिथि		 PASTE PHOTO HERE P.M. of Postop BAHAR AHMAD (0135)			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Mr. BAHAR AHMAD		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : Late Mr. HUSAIN AHMAD		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Kumhar Hada - Sabdarpuh Saharanpur, Uttar Pradesh, 247001					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय : Labour		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 50,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA					
PAN No. / स्थायी खाता संख्या : NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लवाये): 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 संबंध			
(1)	Umesh	39	M	Son			
(2)	Alishma	35	F	Daughter in law			
(3)	SARU	25	F	Grand Son			
(4)	Ravi	20	M	Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार							
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्पन्न आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
<input type="checkbox"/> 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 प्रतिवेदन 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 लीया गया हो?							
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 यह:

- 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 दृढ़ता से सहायता प्राप्त होने "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उस प्रति का अधिक या समस्त हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता व अन्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहलू या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

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

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मधुले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी 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 सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदार्थ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंती अतिरिक्त/असंतुष्ट हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पतम द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये 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 उचित उपचार और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारियाँ लेनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ARNAB MODAK
ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Address of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

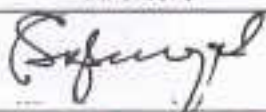
22-5-25

DR. NEHA
PMC No. - 58338
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

