

SRE-C-24-06-0722

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0624/0254	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14-06-2024	 PASTE PHOTO HERE Poojap Postop Diteen (0254)		
NAME of APPLICANT : आवेदन करने वाले का नाम : Mr. Diteen	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 67		SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम : Late Mr. Hafeez				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : हाल का पता : Majpur, Ransohia, Ransohia, Deoband Saharanpur, Uttar Pradesh 247670				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता : Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 45,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA			
RAN No. यह संख्या भरें : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं) : Yes / No हाँ / नहीं : ☒ No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Fayida	55	F	Wife
(2)	Safyan	35	M	Son
(3)	Furkan	32	F	Daughter in law
(4)	Gullu	12	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपमान/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		

DECLARATION by APPLICANT: अवैद्यक द्वारा योगदान करने वाला:

- 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 suspension/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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने दिये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द हो या सस्पेंड हो।
- 5) मैं यहाँ आत्मनिश्चयपूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा। मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही रकम मांगूँगा और न ही वापस ले लूँगा।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करार करने का है। (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के लिए सहमत है कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टियों" को अधिकार है कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करे। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरे इलाज के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए मेरी सहायता के लिए उपयोग करे। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठा छाप

() P-selt

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature, signature of our Authorized 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 recommending 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 understanding 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.
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 7) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 8) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 9) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।
- 10) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माँगा रकम का मैंने अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही वापस ले लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14-06-2024	 Dr. AASTHA DMC-103385 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका संख्या	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name of Hospital's Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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