

Mem- C-24-06-1315

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: M/0624/0266 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14/06/24 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: Kamrun Nisha आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 69 उम्र-वर्ष:	SEX: f लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mangul Lal पिता/हस्ताक्षर का नाम:		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sikandarabad, Lala, Lakaran वर्तमान आवासीय पता:		
Nath, Khera, Uttar Pradesh-262805 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवासीय पता:		  Date: 14/06/24 Post: 262805		
OCCUPATION: Homemaker व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 20000 family कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. [Blank] आवेदक का PAN संख्या:		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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	Razim	32	m	Son
2	Radir	30	m	Son
3	Rashid	28	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis	Rt- Senile Cataract		
2	Surgery	Ls- Senile Cataract		
3		Ls- Senile Cataract		
4		Ls- Senile Cataract		
5		Ls- Senile Cataract		
6		Ls- Senile Cataract		
7		Ls- Senile Cataract		
8		Ls- Senile Cataract		
9		Ls- Senile Cataract		
10		Ls- Senile Cataract		
11		Ls- Senile Cataract		
12		Ls- Senile Cataract		
13		Ls- Senile Cataract		
14		Ls- Senile Cataract		
15		Ls- Senile Cataract		
16		Ls- Senile Cataract		
17		Ls- Senile Cataract		
18		Ls- Senile Cataract		
19		Ls- Senile Cataract		
20		Ls- Senile Cataract		
21		Ls- Senile Cataract		
22		Ls- Senile Cataract		
23		Ls- Senile Cataract		
24		Ls- Senile Cataract		
25		Ls- Senile Cataract		
26		Ls- Senile Cataract		
27		Ls- Senile Cataract		
28		Ls- Senile Cataract		
29		Ls- Senile Cataract		
30		Ls- Senile Cataract		
31		Ls- Senile Cataract		
32		Ls- Senile Cataract		
33		Ls- Senile Cataract		
34		Ls- Senile Cataract		
35		Ls- Senile Cataract		
36		Ls- Senile Cataract		
37		Ls- Senile Cataract		
38		Ls- Senile Cataract		
39		Ls- Senile Cataract		
40		Ls- Senile Cataract		
41		Ls- Senile Cataract		
42		Ls- Senile Cataract		
43		Ls- Senile Cataract		
44		Ls- Senile Cataract		
45		Ls- Senile Cataract		
46		Ls- Senile Cataract		
47		Ls- Senile Cataract		
48		Ls- Senile Cataract		
49		Ls- Senile Cataract		
50		Ls- Senile Cataract		
51		Ls- Senile Cataract		
52		Ls- Senile Cataract		
53		Ls- Senile Cataract		
54		Ls- Senile Cataract		
55		Ls- Senile Cataract		
56		Ls- Senile Cataract		
57		Ls- Senile Cataract		
58		Ls- Senile Cataract		
59		Ls- Senile Cataract		
60		Ls- Senile Cataract		
61		Ls- Senile Cataract		
62		Ls- Senile Cataract		
63		Ls- Senile Cataract		
64		Ls- Senile Cataract		
65		Ls- Senile Cataract		
66		Ls- Senile Cataract		
67		Ls- Senile Cataract		
68		Ls- Senile Cataract		
69		Ls- Senile Cataract		
70		Ls- Senile Cataract		
71		Ls- Senile Cataract		
72		Ls- Senile Cataract		
73		Ls- Senile Cataract		
74		Ls- Senile Cataract		
75		Ls- Senile Cataract		
76		Ls- Senile Cataract		
77		Ls- Senile Cataract		
78		Ls- Senile Cataract		
79		Ls- Senile Cataract		
80		Ls- Senile Cataract		
81		Ls- Senile Cataract		
82		Ls- Senile Cataract		
83		Ls- Senile Cataract		
84		Ls- Senile Cataract		
85		Ls- Senile Cataract		
86		Ls- Senile Cataract		
87		Ls- Senile Cataract		
88		Ls- Senile Cataract		
89		Ls- Senile Cataract		
90		Ls- Senile Cataract		
91		Ls- Senile Cataract		
92		Ls- Senile Cataract		
93		Ls- Senile Cataract		
94		Ls- Senile Cataract		
95		Ls- Senile Cataract		
96		Ls- Senile Cataract		
97		Ls- Senile Cataract		
98		Ls- Senile Cataract		
99		Ls- Senile Cataract		
100		Ls- Senile Cataract		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तनियोक्त/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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.

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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की 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, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के रहने या जाने के लिये "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 प्रार्थित है पूर्णतः 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 अंगुठे का निशान

अमर निशान

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर 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 लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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 के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/06/24

Dr. MAZHAR N. KHAN
M.B.B.S. FICO

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

Dr. Shroff's Charity Eye
Hospital
(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
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature