



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 510623/0308		APPLICATION DATE 10-06-2023 आवेदन तिथी		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MU SAGEEM		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Late MU SOFI		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता House no- 1, Jyoti Kherda, Jyoti Dham, Pandoli, Sahayapur, Pandoli, Uttam Pradesh, 202557		PASTE PHOTO HERE PME OP Post OP Sageem (0308)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Labourer				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 55,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता 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 निशान लगावे) Yes / No हाँ / 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)	Wahida	60	F	Wife
(2)	Shafik	32	M	Son
(3)	Tasheem	28	M	Son
(4)	Mahab	22	M	Son
(5)	Sahyana	29	F	Daughter in Law
(6)	Mahashad	01	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Total senile cataract LE - Pseudophacic			
	Surgery - RE - CICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

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 उम्मी 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 जोशिका या सकल हिस्सा किसी अन्य संततिविरोधक/बीजा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित 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 प्रश्न का विवरण मेरे दस्तावेज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



p-self

By affixing hereunder, 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 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, हस्ताक्षरी को और से मामले/संगी को "कोशिका फ़ाउन्डेशन" से वित्ति सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही भविष्य में विधिवि सहमता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उठा रोपी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिण/विमर्षित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहमता विमर्षित अधिका/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहमता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोपी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहमता कंवल विधिवि प्रकृति की है। रोपी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोपी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

10-06-2023

Dr. Mohd. Rameez Reza
M.B.B.S. M.S Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. FICP Stamp)
Reg. No. 0000000000000000

Ranveer Singh Sandhu
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shreeff Sharif Eye Hospital
नाम व पद सह प्रमाणित हस्ताक्षर)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

असन्तुष्टि दृष्टांतः

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

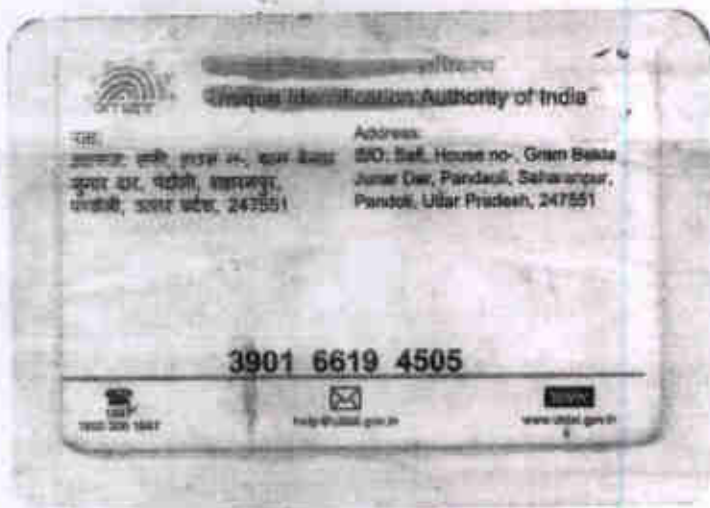
SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यामौ हस्ताक्षर 2

Signature

per

1- Nagal

SRE-C-23-06-056



() Rt