

S.R.E - C-21-09-0382



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या : C/0921/0365

APPLICATION DATE: 15/9/2021  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Khurshida

AGE-YEARS अयु-वर्ष SEX लिंग

58

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम

Mohd Skram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासोंपाई पता

Naj Kalani Katla Ambekhala Dehat, Baharaput, Jharsuguda - 751310

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोंपाई पता

As Above

OCCUPATION:  
जलसाधा

House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

60,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्षण संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

INR

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप अय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास लगायें)

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	Tara	30	H	Son
2	Jefaaq	26	H	Son
3	Shabnam	25	H	Son
4	Abdul Rehman	23	M	Son
5	Sana	21	F	Daughter in Law (जबुज लड़की की जबुज)
6	Gulzara	25	F	Daughter in Law (जबुज लड़की की जबुज)
7	Mohd Ishaq	03	H	Grand Son
8	Mahool	02	H	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवरित उद्देश्य

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेखा के बीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की लागत इसी मंसूबा करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अस्पताल वर्किंग में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  
(प्रमाण पत्र की लागत इसी मंसूबा करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साक्षण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/वर्किंग में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Diagnosis : R.E. - Senile Cataract  
L.E. - Total Senile Cataract

Surgery : L.E. SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED  
सभी गई सहायता राशि

SCEH

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा प्रोत्साहन पत्रः

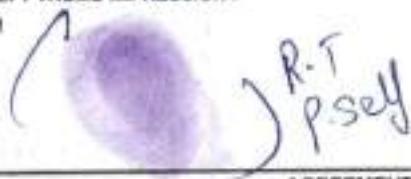
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 खोला करता हूं कि इस प्रकाश में लिये गये सभी विवरण नेहीं जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। परं कोई विवरण एवं कथन असत्य चर्चा जल्द है तो गेहूं सहायता दिलाने की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दिली "कोशिका काउन्डेन्स", से ली जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य के लिये किया जाना, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं युटिकरता हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ती की गई है, तब तक कि वह आरोग्य एवं सफलता की जांचने से न गो लिपा है और न ही अधिकार ये लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप सहायता के पुरुष करता हूं, एवं "कोशिका काउन्डेन्स और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि गेहूं चाप, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में संचित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, चाप, वाचन/ये दूसरे उद्देश्य में जुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ता याप्त्य से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्त का विवरण में इतना के बहाले या बदल देने के लिए "कोशिका काउन्डेन्स" व नवाची अधिकृत होगा।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि गेहूं चाप, पाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत हैं पुरुष स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का विवरण अतिथि और बाप्तकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का लिपान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करना)

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.

इन्हीं अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका काउन्डेन्स" से विविध सहायता हेतु लिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिस प्रकाश से खाली करते हैं।

1) यह कि न तो कार्यवाही और न ही भविष्य में विविध सहायता दिली गैर सहकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त गेहूं/चापों में लैंगों का सेंद्र है, जैसे कि हापने "कोशिका काउन्डेन्स" से लिकारिश/विविध उक्त के अन्यथा "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा प्रदान होता है। परं "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा सहायता लिकारिश अधिकृत/संस्थान हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अन्यस्था दिली गैर सहकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता सेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अन्यस्था द्वितीय पदार्थ उक्त गेहूं/चापों हेतु किसी गैर सहकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से लैंगी लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेन्स" में लैंगी गई सहायता के बाट विविध प्रकृति की है। गेहूं पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर सहकारी प्रकृति का चुक्र गेहूं एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में ऐसी को इतना सुरक्षा और जाने जाने की सही लिम्पेटी गेहूं एवं हस्पताल को होगे और "कोशिका" की ओर से भूमिका या लिम्पेटी इस गामले में नहीं होगी।

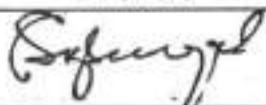
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति को लिए संस्कृति

Date of Surgery आपेक्षित की तारीख  15/9/2021	Dr. SEEMA GOTAL M.B.B.S., M.S. DMC-91748, MD, DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्पताल के रज. न.	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION जानकारीका उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्पताल 2

