

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life.	
APPLICATION No.: 510823/0458		APPLICATION DATE: 02-08-2023		Building block of life.	
NAME of APPLICANT: Mrs Sanjida		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	PASTE PHOTO HERE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Majid		72	F	PRE OP POST OP	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BONDOLI, SORANAHUM, BONDOLI, UHAM				Sanjida(0458)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above					
OCCUPATION: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 52,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income)		NA	
PAN No. N/A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ संबंध	
(1)	Majid	75	M	Husband	
(2)	Intezam	53	M	son	
(3)	Zakir	47	M	son	
(4)	Nazma	48	F	daughter in law	
(5)	Safiyah	45	F	daughter in law	
(6)	Babish	21	M	Grand son	
(7)	Ali	20	M	Grand son	
(8)	Musain	18	M	Grand son	
(9)	Saif	15	M	Grand son	
(10)	Firdosh	12	F	Grand daughter	
(11)	Noor	07	F	Grand daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये किन्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof		
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - senile cataract				
	LE - senile cataract				
	Surgery - LE - STCS WITH PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	लौ गई सहायता राशी			

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असाध्य भ्रम जन्म दे तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या समकाल कितनी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लें।

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 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 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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या जीमेट का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं/या किसी अन्य माध्यम द्वारा इतर उद्देश्य से जुड़ी प्रतिक्रियाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व/या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्पू उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का छाप।


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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त अतिरिक्त/अन्य हेतु मन्त्र-गती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य सहायता 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 जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Ranveer Singh Sandhu

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)

Dr. Surin's Charitable Hospital
(MAYAN)

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

02-08-2023

Dr. Dharmender

(Name of Dr. & Register No. (M.D. stamp))

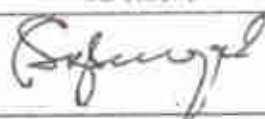
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

