


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	510923/0693	APPLICATION DATE / 16-09-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम	Mrs Ilyas	AGE-YEARS अवु-वर्ष	73	
		SEX लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम	Late Mr Najib			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
House no 99999 Labakchi Labakchi Deobard Deobard Sabahanpur UTTAR PRADESH 207554		PASTE PHOTO HERE Pre OP Postop Ilyas (0693)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय	Labourer	MARRIED (दिवानित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	55,000	(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 लगायें)		Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
(1)	Latiba	70	F	WIFE
(2)	Sahzad	53	M	SON
(3)	Rizwan	48	M	SON
(4)	Mohmmadu	49	F	DAUGHTER IN LAW
(5)	Tahmeena	45	F	DAUGHTER IN LAW
(6)	Rihan	23	M	GRAND SON
(7)	SIMAZ	20	M	GRAND SON
(8)	Ali	19	M	GRAND SON
(9)	Umam	17	M	GRAND SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्ति आधार				
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का 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 किन्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Pseudophacic LE - senile cataract			
	Surgery - LE - SILS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लगे गई सहायता राशि		

**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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सहायता प्राप्त करता है तो परी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
  - 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु, यह प्रार्थना की है, उस राशि का अधिकांश या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।

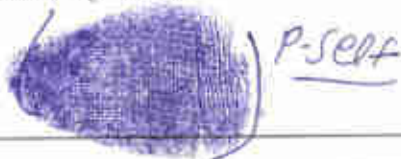
**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने इलाज या उपचार को लागू कराने के लिए, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में सहायता के लिए, मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगी है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे केवल सहायता का इलाज करने के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों का उपयोग किया जा सकता है।

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

आवेदक को सहायता या उपचार का प्रमाण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 को और से सम्बन्धित 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमसब को किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब को वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या किसी अन्य 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 को इलाज सुरक्षा और अन्य जानने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख  
16-09-2023

**SHREYA TYAGI**  
Reg. No.-78106  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्ताक्षर और अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

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



भारत सरकार

भारत सरकार

Government of India

समावेश क्रम / Enrollment No 1218/70191/08947

पता  
ग्राम  
Dist. Name  
House No.  
ग्राम कोड  
State  
District/Postcode/Statecode  
Pin/Postal 247524  
MID/247524



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

7396 5742 4421

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार  
Government of India



आपका  
Dist. Name  
DOB: 01/01/1980  
पुरुष / Male



7396 5742 4421

आधार - आम आदमी का अधिकार