

SRE - C-25-12-0745

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: S/1025/0743 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 10-12-25 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Mr. Mahabub आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 56 आयु-वर्ष	SEX: M लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Yameen पिता/कन्या का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Outubpur, Outubpur, Sahasrampur, Urfah, Anandesh, 547232 वर्तमान आवासीय पता		 PASTE PHOTO HERE Pure op Post op Mr. Mahabub (0743)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवासीय पता			
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय			
TOTAL ANNUAL INCOME: 46,000 कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें) NA	
PAN No. 547232 आय कर पहचान संख्या		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
(1)	Rahman	39	M
(2)	Sahabam	24	F
(3)	Murshid	16	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Son			
Daughter in law			
Married Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 - senile cataract LE - Pseudophakic		
	Surgery - RE - STCS 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 ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

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. 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 is requested by me. 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.

मैं यहाँ 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। मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग किसी अन्य उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है। मैं पुनः घोषणा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to 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.

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.

मैं प्रत्यक्ष या अपने हस्ताक्षर या जंगल को छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी छवित्व की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एल्यू न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से सुघी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार पब्लिश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इलाज को जारी या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

(अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वीकार्य है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यासी को निर्णय अधिकार और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Signature/Thumb Impression) P-Self

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: I/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 information essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 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 bear sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मर्यादित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मैं/हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/सिफारिश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल रोगी पर मदद तथा रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Site of Surgery निरीक्षण की तारीख 10-12-25	Dr. Monika Kataria DMC No. 5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Signature/Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर/छाप के हस्ताक्षर अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature of Trustee 1)

(Signature of Trustee 2)