


SRE- C-21-04-0109

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0126/0761		APPLICATION DATE : 11/126 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Begam		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्युप का नाम Late Mr. Shamshad		 PASTE PHOTO HERE Pre op Postop Begam (0761)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता House no-30, Bakarka, Chilkana Dehat, Sahadanganj, Chilkana, Uttar Pradesh, 247231				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 45,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर षड़ी का निशान लगाये):		Yes / No हां / 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)	Sharad	42	M	Son
(2)	Kehman	36	M	Son
(3)	Fahim	28	F	Daughter in law
(4)	Julie	18	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"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 - Pseudophacic LE - Senile Cataract			
	Surgery - RE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किमी 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: अभिलेखी 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निरास की जा सकती है।
- 2) मैंने इस "बो" सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैंने अब तक और भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रीफंडेशन और न ही बीमा के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (अभिलेखी द्वारा करार):

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (अभिलेखी) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यूज, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखित रूप में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अभिलेखी) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम न्यूज-न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभिलेखी के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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 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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षरी को और से मान्यता/रोजगारी 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 ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेषी के तहत से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत पर सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता वित्तीय मदद तथा रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या बिना किसी उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई चुनना या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/26	Dr. NEHA DME No. 58988 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप, व	 (Name & पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी)
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2