

SRE-C-25-01-0040

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या :

S/0125/0774

APPLICATION DATE : 2-1-2025
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Mrs. KHURSHIDA

AGE/YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/सहस्र का नाम

Mr. Mo Yunus

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तविक निवास पता

HO NO - 350 ISLAMABAD ROAD, VALD CANTT &
NEAR CHAPAR WADI, MASSID KHATTA KHENT
Saharanpur, Bhakder Saharanpur, Uttar
Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Page of Post of
KHURSHIDA
(0774)OCCUPATION
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

49,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. (आय का संचयन)

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का कर देते हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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
01	Yunus	50	M	Husband
02	Hamid	25	M	Son
03	Nashid	25	M	Son
04	Soyab	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) प्रगतिशील परिवार के लोग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे उद्देश्य मिलती है/उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/युक्ति संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Pseudophakia Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य माना जाता है तो मेरी आगामी निमत की भी रद्द होती है।
- 2) मैं दृढ़ता से संजोता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण रूप से नही हूँ, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से भी न ले रहा हूँ 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/print/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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, सम्पर्कता, फोटो, उद्देश्य से दृष्टि संग्रहीतियों और जानकारी के लिए किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। या प्रपत्र का विवरण को प्रपत्र के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है जहाँ सहायता का प्रकाश नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य, विवरणों का निर्माण और जानकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हमारा यही जोर है कि हमारे यहाँ को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से रोकने की गारंटी है, जिसे हम (हस्पताल) किसी प्रकार से प्राप्त न अधिकृत करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/कराएंगे मैं नहीं चाहता हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवृत्ति/रद्द कर दिया है। हमारे सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता से रोकने की गारंटी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी रोगी/रोगी से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा दायित्व अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा दायित्व रोगी पर उस रोगी/रोगी से रोकने की गारंटी अन्य स्रोतों से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों की है। रोगी पर उपचार द्वारा जो कोई सहायता का चुनाव रोगी एवं हमारा दायित्व है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा दायित्व रोगी एवं हमारा दायित्व और हमारे यहाँ को रोगी/रोगी से रोकने की गारंटी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCHH SAHARANPUR

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

रोगी के उपचार/उपचार/अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

2-4-2025

Dr. Monika Jastoria
DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

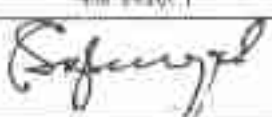
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों द्वारा 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों द्वारा 2

