

SRE-C-25-01-0549

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(सहाय्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0799

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. NASEEMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Mr. SHAKUR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N. 50, LATIKHANA ROAD, KHATTAKHANI
ISLAHABAD, UTTAR PRADESH - 201001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
NASEEMA
(0799)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

N/A

PAN No. (आय कर संख्या)

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर कादा है (जो मान्य हो उस पर तिकी 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 से संबंध प्रमाण
1	Shakur	69	M	Husband
2	Nasir	39	M	Son
3	Mehboob	35	M	Son
4	Sakila	31	F	Daughter in law
5	Rukshana	32	F	Daughter in law
6	Mehd Yaqub	18	M	Grand Son
7	Mehd Usman	06	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (इसका पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इसका पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असफल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया पूर्ण संलग्न
	Diagnosis - RE = Total Senile Cataract LE = Pseudophakia
	Surgery - RE = SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अभिज्ञा: इस घोषणा पर)

- 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 being requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथन एक कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सख्त गारंटी "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद करती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञा: इस कथन)

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 प्रश्न का उत्तर देते समय मैं (अभिज्ञा) अपने सहमति के लिए इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत होगा कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताए गए हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, चित्रादि द्वारा उपयोग में लाने की पूर्ण अधिकारिता को लेकर किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण को इसका उपयोग करने का अधिकार है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" के नामों अधिकृत है।

2) मैं (अभिज्ञा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण स्वतंत्रता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस अभिज्ञा में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभिज्ञा के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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 this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य में भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रिकॉमंड करने की बात है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम (हस्पिटल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के साथ ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय अंतिम/स्वीकार्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय किसी अन्य स्रोत/सहायता या किसी अन्य सहायता से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय पर उस रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वारा ही यह सहायता या निर्णय पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय को इस प्रकार सुरक्षित और जाने जाने की बात जिम्मेदारी हमें एवं हस्पिटल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery (ऑपरेशन की तारीख) 11-1-2025	 Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आमंत्रित हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आमंत्रित हस्ताक्षर 2)
	