

SRE-C-25-01-0780

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0815

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Mahamuda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mrs. Anceesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

NEAR SINDHU ARBOR, MAS 2/1, KIRISHITVAN,
Gangoh Khalsa, Gangoh, Sahiwal, Punjab,
148001, India

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pur of Post of
Mahamuda
(0815)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

[Attach Proof of Income]

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. (पैन संख्या)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो राज्य को उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
01	Mahamuda	63	F	Son
02	Narain	40	M	Son
03	Rukshana	40	F	Daughter in law
04	Fayyaza	35	F	Daughter in law
05	Fahim	14	M	Grand daughter
06	Sahil	13	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहाय्य के लिए कितने विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण कार्ड का प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असमर्थता प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें।	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड का प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहाय्य हेतु किस उद्देश्य के लिए आवेदन किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Total senile cataract LE - Pseudophakia
	Surgery - RE - SICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहाय्य राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of this vehicle. ☐ I am not the owner of this vehicle.

- 11) 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.
- 12) I solemnly confirm that assistance, if received from Kishika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 13) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursements, in full or in part, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 14) मैं यहाँ पर कबल यह कि यह प्रमाण में दिया यह सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कबल सत्यता तथा सही है तो मेरी स्थापना निम्न को ज्ञात करती है।
- 15) मैं इस कि स्थापना कि "कशिका फाउन्डेशन", से मेरी ज्ञात है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में कहा गया है।
- 16) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं इस स्थापना कि, पर कबल को नहीं है, जब तक कि अधिक या समान निम्न किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न हो लिए है और न ही अधिक में लिए।

AGREEMENT by APPLICANT: 1-10000-200-0000

- 1) By affixing my signature at third impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to disseminate/ publish/ 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.
- (3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर पर तबले की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) सहमत हो जाति काया हूँ यध "कोशिका फाउण्डेशन जो इससे न्यासीरी" को अधिकृत करत हूँ कि येस नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार से प्रयोग हो, इसे "कोशिका" एगजम्पलर, दल, बायवकल दुधो उद्देश्य जे दुधो परिनिर्वाधो और उपनिर्वाधो को जेस किस्से से प्रभव कायम से प्रदर्शित करले से सिध अधिकृत हो। ये उद्देश्य कल विवरण को दुबारा से पहलें या बाद से करले से सिध "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यासी अधिकृत हो।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि येस नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यो से प्रेषित हो चुके सभत, सहायता या सहायता नही बसल। इस सम्बंध में "कोशिका" एगजम्पलर, दल, बायवकल न्यासीरी को निर्णय अधिक और बाधकारी होत।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
DATE OF BIRTH OF APPLICANT

AGREEMENT by HOSPITAL: _____

By affixing handwritten signatures 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अतिष्ठत, हमारा जो जो संस्था/पैसी को "कोशिका फाउंडेशन" से जितनी सहायता हेतु निवेदन कर चुके हैं, जिस हम (हस्पताल) जिम्मेदार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

() यह कि - जो संस्था और या दो भविष्य में जितनी सहायता किसी भी बच्चे/रोगी के लिये या किसी अन्य रोगी से उम्मा संयोगवत्त से लेते या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदित किया है उससे अधिक वे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्थान हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो संस्थाएं किसी अन्य या दूसरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस कृति ये स्पष्ट कहा जाता है कि आयुक्त इंटिम एयर उनके तर्फीभावना हेतु किसी को बाधकारी प्रेषण या किसी अन्य साधन से नहीं लगायेगी।

३. "कोशिका फाउंडेशन" से जो गैर सहायता वकाल विधि प्रभुति को है। ऐसी या समयांत इस की वह मदद या बिने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव पैसी एवं संस्थाएं को बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्राप्त नहीं है। इपीमेंट इम्प्लेंट पे पैसी के इत्यर्थ सुझा और अपने चले को अपनी जिम्मेदारी ठेके एवं इम्प्लेंट जो हमारे और "कोशिका" को कोई भूमिका या हिस्सेदारी हम अपने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

२५. मयौकली के लिए संस्थाएं

ADNAB MODAK

ADMINISTRATOR

ADMINISTRATOR
CHIEF CLERK

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

नमः ॥ प्रह्लाद हास्यमाला अधिपति अधिवासी ॥

Date of Surgery

अपॉस्टल की नगरी

15-1-2025

Dr. GARVITA JOSHI

DMC No. 79612

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

गणेश का नाम व प्रसन्नता से पूजित है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संस्कृत उपपाठ

SIGNATURE of TRUSTEE:

3000

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सत्यमेव जयते

Self