

SRE-C-25-01-0775

<b>APPLICANT FORM FOR ASSISTANCE</b> सहाय हेतु आवेदन प्रारूप		<b>(Healthcare)</b> (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <b>S/0725/0817</b>		APPLICATION DATE: 15-1-2025 / आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: / आवेदन-का नाम: <b>Mrs. Mumtaz</b>		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <b>46</b>	SEX / लिंग: <b>F</b>		
FATHER/SPOUSE'S NAME: / पिता/हस्तुत का नाम: <b>Mrs. Mohd. Mobin</b>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता: <b>near bhagat colony, mustafa bad colony, Saharanpully, Saharanpully, Uttar Pradesh, 247001</b>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: <b>same as above</b>					
OCCUPATION: / व्यवसाय: <b>Home Maker</b>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: <b>48,000 (family income)</b>			(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): <b>NA</b>		
PAN No. / स्वयं का आय संख्या: <b>NA</b>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो स्थिति हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):			Yes / No / हाँ / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन-का संबंध	
1	Mohd. Mobin	50	M	Husband	
2	Sayid Nagam	21	M	Son	
3					
4					
5					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / कारणों में सही चिह्नित करना					
BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय गरीबों के नामों की सूची में शामिल होना या (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग में शामिल होना या (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - senile Cataract Surgery - LE - SICS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि			



PASTE PHOTO HERE  
 Pre op Post op Mumtaz (0817)

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य):**

1) I hereby confirm that all obtain in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for reimbursement.

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/agency/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ कर्तव्य करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एक झूठ साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात का गम्भीर तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से लेते जा रही हूँ, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ कर्तव्य करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु, जो प्रश्न में कहा है, उस राशि का वापस या सहायता निरस्त किसी अन्य प्राप्ति/एजेंसी/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य):**

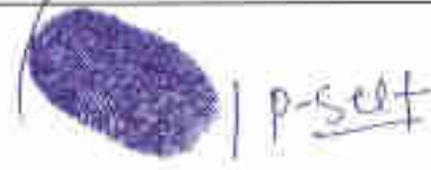
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use my photo & details for any purpose (including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating 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 the regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्णतः करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगिरी, दान, समन्वयन हेतु इत्यादि में तुम्हारे प्रतिबन्धितों या उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता के सम्बन्धित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निराकरण को प्रत्यक्ष रूप से करने से लेकर "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगूठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, उससे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा नामी अधिकृत का निर्णय अंतिम और अप्रतिहार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य):**

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 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.

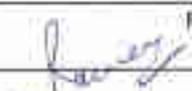
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

इससे अधिकृत, हमारा कोशिका फाउन्डेशन को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में प्राप्त न अधिकृत करते हैं:

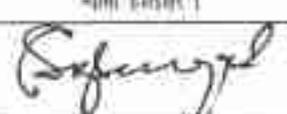
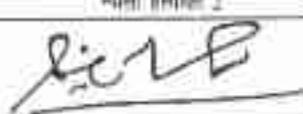
1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी के समर्थन से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/निरस्त हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पूर्णतः स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय सहायता को सिफारिश हेतु किसी के सहायता से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से नहीं हो सकती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गयी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी गैर-उपस्थित/प्रक्रिया या सुझाव गैरी एवं सहायता का बोध का निराकरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे/हमारे हस्पताल में गैरी के द्वारा प्राप्त सुझाव और सहायता को लेती गयी सिफारिशों गैरी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारता इस सहायता में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
सिफारिश के लिए अनुमति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख <b>15-1-2025</b>	 <b>Dr. Ramandeep Kaur</b> D.M. 30-30985 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छा न रजि. न.	 <b>ARNAB MODAK</b> ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्दरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--