

now - 04-24-12-0466-11

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : <u>M/1224/1009</u>		APPLICATION DATE : <u>20/12/24</u>		
NAME of APPLICANT : <u>Raishan Begam</u>		AGE-YEARS <u>74</u>	SEX <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>Jamil Ahmad</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>Proprietary Lakhpeda Nal Bhatti Mohammedi, Khul, 265804</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>Same as above</u>				
OCCUPATION : <u>Home maker</u>		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>30,000 / family</u>		(Attach Proof of Income)		
PAN No. <u>XXXXXX</u>		(आय का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>				
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) <u>हाँ / नहीं</u>				
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
<u>1</u>	<u>Ashiff</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>2</u>	<u>Shaniff</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनती आधार				
☐ BPL Card (Attach Card Copy)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	☐ Ration Card (Attach Copy)	☐ Any Other Basis/Proof	
"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			
	<u>Diagnosis</u>			
	<u>R/d, Severe Cataract</u>			
	<u>R/d, Severe Cataract</u>			
	<u>Surgery R/d, ICS with Anna Lens</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशि		
	<u>DBCS</u>	<u>2000</u>		

Koshika
foundation
Building block of life



Raishan Begam

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यह भी कहता हूँ कि मैं इस सहायता को या प्रार्थना नहीं करूँ। उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहगीति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एजेंसी, राज्य, वाषाटया दूसरे उद्देश्य से पुरी वित्तविवरणों और उल्लंघनियों को लिपे किसी भी प्रकार माध्यम से इसलि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कारागारों" व न्यासी अधिकृत है।

आपके एक नए इलाका में या अलग-अलग जगहों पर

Rajpt

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.

हमारे अधिकार, हमारा धर्म की ओर से सम्मान/पूजा को "मॉनिटिंग काउन्टीशन" से विधि सहायता दे दे सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधायक सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त राशि/मायने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिया/मिनि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधायक-अभिभावक/सहज हेतु भण्डार नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त राशि/मायने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बौद्धिक सार्वजनिकता" में दो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इस्तेमाल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "बौद्धिक सार्वजनिकता" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में ऐसी के इस्तेमाल सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्तेमाल की होती और "बौद्धिक" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

इन्दीवारी के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Uday Seep
M.B.B.S. M.S.
UP MC Reg No 30740

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Mohammed Ali Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रावर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमी हस्ताक्षर २

Ergebnis

2020