

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
(स्वास्थ्य देखभाल)		(Healthcare)		
APPLICATION No.: K/0424/0004		APPLICATION DATE: 1-04-2024		
NAME of APPLICANT: KASHIDA BEGUM		AGE-YEARS: 78	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD AHMMAD				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KASBA BADI BAILVA, BEGUSARAI				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: HOUSEWIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 X 12 = 84000		(Attach Proof of Income)		
PAN No. स्थान खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	KASHIDA BEGUM	78	F	SELF
2.	MD AHMMAD BEGUM	83	M	HUSBAND
3.	MD JAMIL BEGUM	54	M	SON
4.	NAJRIN BEGUM	50	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)				
EWS Certificate (Attach Certificate Copy)				
Ration Card (Attach Copy)				
Any Other Basis/Proof				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE - (SIKSTIOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन अथवा दावा ज्ञात है जो मेरी सहायता निम्न को था सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कॉलिका कायाचक्रान" में दी जा रही है, उसका उपयोग मेरी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का आर्थिक या चिकित्सा विवरण किसी अन्य प्रातःनिर्वाहक बोर्ड समन्वय से न हो लिया है और न ही अधिकार में लिया।

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.

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 पर अपने हस्तक्षेप या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी प्रशंसा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, आप, संस्थागत दूसरे उद्देश्यों से कुछी प्रतिबंधितों और व्यक्तियों को लिख किसी भी प्रकार साध्यन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मनायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका यह हमला या अपराध निश्चय



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 अधिकतर हमारे देश के लोग में सामंती-पंथी को "बौद्धिक आतंकवाद" से बर्णित कराया जा रहा है। जिससे हम (हामयल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही भविष्य में विधित्त साहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त राशी/मांगतों से लेनी या लेनी हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्कर्ष निकाले हैं कि जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्ता विनियम अशिक्षा/असक्षर हेतु पन्चुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति/संस्थान से साहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त राशी/मांगतों हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति/संस्थान से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फायंडेशन" से सी गई सहायता कोषा विधिय प्रकृति की है। एंगी व हमसाल द्वारा सी गई सलाह व किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य स्रोत एवं हमसाल को बीध का विषय है और "कोशिका फायंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में एंगी के इलाज गुाहा और जाने जाने की सारी विषयदारी एंगी एवं हमसाल को होती और "कोशिका" को कोई पसिका या किसीदारी हम मामले में नहीं होती।

स्वीकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/04/24	Dr. Sankar Das M.D.S.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद में पं. नं.	OPTIONAL AUTHORITY DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तथ्येण ननु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्थायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासौ हस्ताक्षर २

15-06-2023