

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0424/0027

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 6.04.2024

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: TAHERA KHATOON

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD MUSTAKIM

पिता/हस्तुका का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GANNIPUR BETHA, SHELAZARAD, DHOLI
MUZAFFARPUR 843103
BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इन्हीं अवसरों पर

— AS ABOVE —

OCCUPATION: MAID

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	TAHERA KHATOON	58	F	SELF
2.	MAFIZ ALAM	35	M	SON
3.	SAHANAWAZ ALAM	32	M	SON
4.	ROKSANA KHATOON	20	F	DAUGHTER
5.	AFRIDA KHATOON	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"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
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि बिना सहायता के बिना यह प्रश्न को पूरा नहीं है, इस राशि का उपयोग या नकल बिना किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभियंता द्वारा 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 consuming the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप इस फॉर्म पर (अर्धक) करने सहमत हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" एवम् नाम, पता, सम्बन्ध आदि के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और वित्तियताओं को लाने के लिए मेरी छवि का उपयोग करें। मेरे नाम का उपयोग मेरे द्वारा के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं प्राप्त करने के उद्देश्य से प्रयोग है मुझे स्वतः प्राप्तता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेदक के हालातों का अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित जाणव मध्ये)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koehima 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.

(1) यह कि मैं और श्रीमान् लालू प्रसाद ने श्रीमती सुशीला के साथ 'कॉन्सिडर फ़ायर' से मिलियन सहायता हेतु विचारविमर्श की जाती है, जिसमें धर्म (हस्तमाला) निम्न प्रकार से राज्य में समीक्षा करते हैं।

1. यह कि व लें धर्मग्रन्थ और न ही सचिप्य में विविध महाप्रात किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्योप के उक्त ऐनो/धर्मग्रन्थ में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद कोशिका/धर्मग्रन्थ हेतु समुदा नही किया जाता है तो अन्यथात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुधि में स्पष्ट कहा जाता है कि धर्मग्रन्थ द्वितीय नरद उक्त ऐनो/धर्मग्रन्थ हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ती गैर सहायता कोषल विविध प्रकृति की है: ऐनो या इमपलात द्वारा दी गई सहाय या विनोद एवं उपधारप्रक्रिया का सुकृत ऐनो एवं इमपलात के बोध का विधान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिये इमपलात में ऐनो के इलाक सुरक्षा और जाने जाने की साते विनियमो ऐनो एवं इमपलात को होगी और "कोशिका" की कोई धुनिका या विनियमो इस सहाय में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/04/24

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर एवं नं.

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

on behalf of Hospital)
सुष-य-पत्र हस्ताक्षर (अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याली प्रत्यक्ष ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मन्थनी हस्ताक्षर ३