

SRE-C-24-07-0567

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life.APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

S/0625/0200

APPLICATION DATE: 24-6-25  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mrs. Jaitun

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कनूष का नाम

Late Mr. Ahummi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Khera Mahat, Chikana, Saharanpur,  
Uttar Pradesh, 241131

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

PASTE PHOTO HERE

Pre op Postop  
Jaitun  
(0208)OCCUPATION:  
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

40,000 (Family Income)

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

NA

PAN No. रखाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर सही को चिह्नित लगावे)Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (1)                    | Ikbal                                             | 39                         | M              | Son                                             |
| (2)                    | Jashan                                            | 36                         | M              | Son                                             |
| (3)                    | Mehreena                                          | 36                         | F              | Daughter in law                                 |
| (4)                    | Layana                                            | 33                         | F              | Daughter in law                                 |
| (5)                    | Altamash                                          | 23                         | M              | Grand Son                                       |
| (6)                    | Alasrem                                           | 08                         | M              | Grand Son                                       |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagnosis- RE- Pseudophakia<br>LE- Senior Cataract<br>Surgery- LE- SICS With PMMA            |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 एवं वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाप निराह को खत्म कर दिया जाएगा।

2) मैं दृढ़ता से संतुष्ट होऊंगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली यह राशि है, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भ्रम नहीं होगा।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापाप हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का वैधता या सुरक्षा किसी अन्य संगठन/निरोद्धकारी कर्माधीन से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 प्राय पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परीक्षण और दवा के न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राय में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोयोग, वाचनाय या दूसरे उद्देश्य से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि बिलों की प्रसार प्रथम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राय का विवरण मेरे दस्तावेज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका परीक्षण" के न्यायोयोग अधिकृत है।

2) मैं (आलोचना) इस बात से सहमत हूँ कि येसू नाम, पता, फोटो और विलक्षण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सत्य: सहायता का वाक्यांश नहीं बचता। इस सम्बंध में "कर्मिका" प्रथम तमाम व्यक्तियों का निर्णय अतिरिक्त और आवश्यकता होगी।

आविष्कार के सम्बन्ध में अनेक बातें विद्वानों

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें)

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.

हमारे बोधिल, हस्तधरो को ओर से समस्ते/पंगो को "बोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हो। विपारित को जालो है, जिसे हम (हमसाल) विम्व प्रकार से माय्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संरक्षण और न ही प्रतिष्ठा में विविध संस्थाओं किसी भी सरकारों संस्थाओं या किसी अन्य स्वीकृत संस्था-संस्थाओं में नहीं पाये जाते हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/विशेषता उनके संस्थाओं में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वरूप हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्थाओं किसी अतिरिक्त/स्वरूप हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अत्यंत किसी अन्य भी सरकारों संस्थाओं या किसी अन्य संस्थाओं से संस्थाओं लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यंत विविध स्वरूप उनके संस्थाओं हेतु किसी भी सरकारों संस्थाओं या किसी अन्य संस्थाओं से नहीं लेता/लेती।

2. “कोशिका फटने/टूटने” से ली गई सहायता कोषल विविध प्रकृति को है। ऐसी पर हमला करने वाला दी गई सहायता या किसी सप्ते उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष रोगी एवं हमला करने

जो बीच का निष्पत्ति है और "कोशिका" भाव-बोधन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसविषय सम्प्रसारन में सेली व प्रभाव सुख और अन्य कार्य की सही निर्धारित सेली एवं सम्प्रसारन की होती और "कोशिका" को कार्य प्रभाव या सम्प्रसारन इस प्रकार में नहीं होगी।

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

24-6-25

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

हाक्टर का नाम व हमलावर व गैर न.

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

नाम जे पर हस्तगतले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

व्यासो हन्तात्सरः ।

सामग्री संख्या: २