

SRE - C - 25 - 07 - 1077

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: S/0725/0290		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 16-7-2025		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mrs. Mumtaj		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 67	SEX / लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: Late Mr. Jahid		 PASTE PHOTO HERE Pse of post of Mrs. Mumtaj (0290)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: House No. 76, 99am, Chalakpur, Chilkara Dehat, P.O. Chilkara, Dist. Sahibganj Hazar, Pradesh, 947237				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता: Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 47,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		
PAN No. / आय का स्रोत संख्या: NA		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है? (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं: ☒ No				
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 संबंध
(1)	Sohail	38	M	Son
(2)	Hina	32	F	Son
(3)	Aditya	35	F	Daughter in law
(4)	Zahid	25	M	Married Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 चिकित्सीय उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Cataract			
	LE - Pseudophacic			
	Surgery - RE - SLGS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी झूठा/गलत एवं काल्पनिक/अन्याथा कथन है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या समस्त विधियाँ किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, काल्पनिक, चित्र, मध्यम/या इसके माध्यम से प्रसारित/वितरित और प्रदर्शित/प्रदर्शित के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे स्वास्थ्य के महत्व के महत्व के महत्व के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माहिरता के उद्देश्य से प्रार्थित हैं, उन्हें स्वतः, साहाय्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवर्ग को विवरण जारी रखने और सम्पत्ति होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

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 now 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस प्रकार की बात से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता को प्राप्त करने के लिये हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्त ले रहे/ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त ले रहे/ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकृत/अधिकृत से वित्त ले रहे/ले रहे हैं। यह पुष्टि केवल तभी की जा सकती है कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्त ले रहे/ले रहे हैं। इस पुष्टि के अर्थ में हम (हस्पताल) स्वीकार करते हैं कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्त ले रहे/ले रहे हैं।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने वाले को जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

16-7-2025

Dr. SUNIL VERMA

DMC No.- 20634

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

