

SRE - C-25-12-0910

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/1225/0756

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 12-12-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Shafeeka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Mr. Rafeek

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवासीय पता

Muzaffarnagar, Muzaffarnagar,
Uttar Pradesh, 201309

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op post op
Mrs. Shafeeka

(0756)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (Family Income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Kishan	32	M	Son
(2)	Rashida	30	F	Daughter in law
(3)	Mustafim	16	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये 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
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कतार गया होता है उसे भेदे सहायता निरास की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह सहायता है, उसका उपयोग कभी औरों को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- मैं यहाँ पर कतार दूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- (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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्पू नाम, पता, फोटो/चित्र आदि माध्यम से दुसरी व्यक्ति/व्यक्तियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इरादों को पूरा करने या कार्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के वर्णन से प्रदर्शित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पू उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

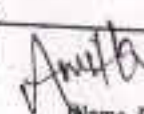
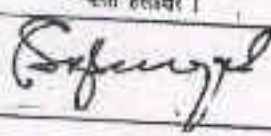
 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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 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.
 - 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 this matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहो करती है तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण, उक्त सहायता/सिफारिश हेतु किसी और सहायता/सिफारिश या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेते एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्तक्षेप हस्पताल में ऐसी के इलाज सुझाव और अपने अपने को सही निर्णय/लेते एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या निर्णय इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12-12-25	Dr. Monika Jasrotia DMC No. 5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हस्पताल की ओर से अधिकृत
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 