

SRE - C-25 - 12 - 0949

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

5/1225/0757

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 12-12-25

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

Mr. Tabish

AGE-YEARS (आयु-वर्ष)

58

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Mr. Tiyas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vill. - Mohammadpur Bada Post, Brahman
Nahaula, Pehal Nahaula, Deoband,
Saharanpur Uttar Pradesh, 242459

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pure op post op

Mr. Tabish

(0757)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

46,000

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं खान संख्या NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 आवेदन के साथ संबंध
1)	Tabish	58	M	son
2)	Tulsi	35	M	son
3)	Parvita	37	F	Daughter in law
4)	Ali	26	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

SPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रैखा के पीछे 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)

उपभोग्यता 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 - Total senile cataract /
LI - pseudophakic

Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लगे गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में विनिर्दिष्ट सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासन्न एवं गलत जानकारी प्रदाता प्रेषित की जाएगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से प्राप्त की गई है, उसका उपयोग उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि किसी सहायता हेतु यह प्रबंधन की नहीं है, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोग/व्यापारिक कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" एनएम न्यायोक्त, एन. यचना/या दूसरे उद्देश्य से जारी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण करे इलाज की राह या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न न्यायोक्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एनएम उसके न्यायोक्तों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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:

- 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 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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान न की जाएगी तो हमें अपने स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई चिकित्सा या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को पूरी जिम्मेदारता लेते एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

12-12-25

Dr. Monika Jasrotia
DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा



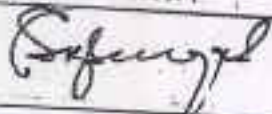
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोक्त हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोक्त हस्ताक्षर 2

