

SRE-C-25-01-0414

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0125/0007

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि :

13-1-2025

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम :

Mrs. Sanjeeda Begum

AGE-YEARS आयु-वर्ष :

67

SEX लिंग :

F

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

Late Mr. Nisam Ahmad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

MOHLI A, SARAKPAR, MOHA, SARAKPAR,
Behat, Behat, Saharanpur, Uttar
Pradesh, 247151

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय :

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय :

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो) :

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे पर चिह्न का निशान 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 आवेदक के साथ संबंध
(1)	Furkan	52	M	Son
(2)	Imam	46	M	Son
(3)	Nasima	50	F	Daughter in law
(4)	Ashraf	28	M	Grand Son
(5)	Mawab	15	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई खाता है तो इसे प्रस्तुत करें (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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract
	Surgery - RE - PHACO WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त क्या हो?

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



PASTE PHOTO HERE

Pur up Post op
Sanjeeda Begum
(0007)

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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/sponsor/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर जहाँ मैं कि इस प्रारूप में लिखे गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ही या नहीं है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 6) मैं यहाँ पर जहाँ मैं कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्युत्पत्ति की नहीं है, अब और किसी या किसी अन्य स्रोत/प्रायोजक/बीमा कम्पनी से न ही प्राप्त है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

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/post/aphrodisms my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to social, 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 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.

3) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ पर सहमत और अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" प्रसारण, चप, प्रकाशक, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और पत्रिकाओं के लिखे विवरणों को प्रसारण करने में उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं इस पर सहमत हूँ कि इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

4) मैं (अर्पक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के प्रदर्शन में प्रयोग नहीं किया जाएगा। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जाएगा। इस समझ में "कोशिका" प्रसारण, चप, प्रकाशक, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं के लिखे विवरणों को प्रसारण करने और उपयोग करने होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप।



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 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.

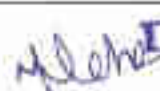
इससे अधिकृत, हम यहाँ पर जो हमारे यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से प्राप्त न कर सकेंगे।

3) वह कि न तो हमारे यहाँ पर ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/प्रायोजक/बीमा कम्पनी से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तिय सहायता हेतु है।

4) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तिय सहायता है। उपचार का चुनाव या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल उपचार और उपचार के बीच का चुनाव है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे यहाँ पर केवल उपचार और उपचार के बीच का चुनाव है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

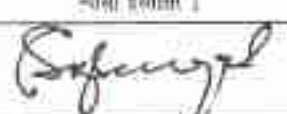
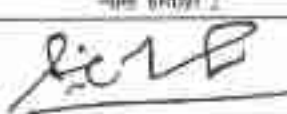
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13-1-2025	 Dr. NEHA DMC No. 5049 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और च.	 ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	---