

SKE-C-25-01-0730

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0011

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदनकर्ता का नाम

Mrs. Ishrat

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mrs. Hasan Deen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kothdi 2, Kothdi Bakhalepu, Sahasrabhumi,
Rajwala Sahasrabhumi, Durgam Chaudhary,
207129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Ishrat (0811)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. जारी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदनकर्ता के साथ संबंध
(1)	Sayab	38	M	Son
(2)	Milantaj	33	M	Son
(3)	Magunta	35	F	Daughter in law
(4)	Halbiya	34	F	Daughter in law
(5)	Usman	10	M	Grand Son
(6)	Karzul	07	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए किसी आधार

ISFL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय सेवा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसी लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगचिकित्सा/दवाइयों से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Pseudophacia LE - Senior Cataract
	Surgery - LE - PHAKED WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण जोर-जबरन सच बताये हैं। यदि कोई विवरण जोर-जबरन सच नहीं बताया है तो मेरी प्रार्थना निराकार हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रार्थना में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही भविष्य में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees in using/submitting/put-up/republish 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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, यादों, दस्तावेजों, दूर-दूरस्थ रूप से दूर, ऑनलाइन और ऑनलाइन के माध्यम से इस जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आकर्षित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रार्थना के अंतर्गत, कोशिका फाउंडेशन को मेरी सहायता के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा)

By affixing my signature, 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 further 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 हस्ताक्षर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम और भी वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही है, यदि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता पूरी नहीं है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले सकते हैं। यह पुष्टि करता है कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन से किसी भी तरह से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूरी जिम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व होगा, और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन से किसी भी तरह से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूरी जिम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व होगा, और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCEH SAHARANPUR

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

हमारे द्वारा हस्ताक्षर किया गया है

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

14-1-2025

Dr. SEJAL
DMC No. 24176

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

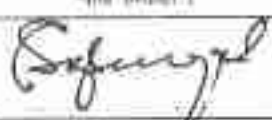
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आन्तरिक उपयोग के लिए



SIGNATURE of TRUSTEE 2

आन्तरिक उपयोग के लिए

