

SRE-C-25-01-0825

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	S/0125/0833	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	21-1-2025
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mr. Rizwan	AGE-YEARS आयु-वर्ष	50
		SEX लिंग	M
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम	Late Mr. Ali Hasan		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
KHATAKHERI, Jain Colony, Saharanpur, Saharanpur, Uttar Pradesh-247001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	47,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): NA	
PAN No.: पैन संख्या	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो पदनाम हो उस पर तिक चिह्न लगा दें):			
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
1	Fatima	48	F
2	Mohd. Sahil	26	M
3	Usman	23	M
Relation with Applicant आवेदक से संबंध			
Wife			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विनियमित आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) पोस्टो रेफर को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें):	ERTS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें):	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें):	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गए विनियमित आधार:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न		
Diagnosis - RE - Senile Cataract			
LE - Senile Cataract			
Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बनने का खतरा पड़ा जाता है तो मेरे सहयोग निरास हो जा सकता है।
- 5) मैं इस बात से गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से सही बात हो रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में स्पष्ट किया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का अधिकतम या प्रकृत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/establish/publish/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, रजम, रजमदारों द्वारा वित्तियम से कुछ प्रतिबोधियों को प्रसन्नियों को दिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निराकरण के इरादे को करने का मत में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मेरा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है जुड़े सारा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, रजम और अर्शिका को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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, रजमदारों को और से सहायता/रजम को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकृत से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होयेगी/प्राप्त में लगे या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/प्रकृत हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारे सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता के संबंध में सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय प्रकृत सहायता सहायता हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृत की है। रजम या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी और सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल ने लेने के इरादे सहायता और अपने जाने की सही जिम्मेदार लेने एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सहायता या सहायता इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-1-2025	Dr. SEJAL DMC No. 176 Sejal (Name of Dr. & Regn. No. with stamp) हामर का नाम व रजम नं. व चिह्न	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SENIOR AUTHORIZED SIGNATORY (Name of Authorized Signatory on behalf of Hospital) रजम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	