

SRE - C - 26 - 02 - 0397

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0226/0883

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/07/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Naseema Begum

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Yamin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bakali Sahakaranpur Simbhal Ki Gupjan  
Uttar Pradesh, 247662

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op post op  
Mrs. Naseema  
Begum  
(0883)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई पत्रा संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (1)                    | Moshad                                            | 35                         | M              | Son                                             |
| (2)                    | Sahel                                             | 35                         | M              | Son                                             |
| (3)                    | Naseema                                           | 29                         | F              | Daughter in law                                 |
| (4)                    | Mishad                                            | 36                         | M              | Widened Son                                     |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

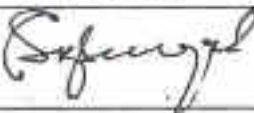
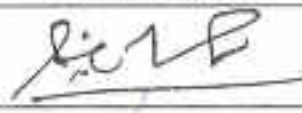
सहायता हेतु किये गये विवर्ती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagnosis - RE - senile cataract<br>LE - Pseudophacic                                        |
|                        | Surgery - RE - STCS with PMMA                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा पत्र)</b><br>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.<br>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.<br>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.<br>1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन/वक्तव्य प्रस्तुत किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।<br>2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।<br>3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |
| <b>AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)</b><br>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.<br>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 contributing 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.<br>1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, दूर, दूरदर्शन, या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करें। इस प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों को अधिकृत है।<br>2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित नहीं किया जायेगा। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
| <b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :</b><br>अर्शेदक की हस्ताक्षर या बाएं की छाप <div style="text-align: center;">  </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |
| <b>AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)</b><br>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:<br>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.<br>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.<br>हमारा अधिकृत, इसमें दिये गए, हमारे द्वारा सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।<br>1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करायी जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/नकारा/नहीं दी जाती है, तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय मदद के लिए है।<br>2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने मामले की सही विनिर्देशों के लिए एवं हस्पताल को होना और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। |                                                                                                                                             |
| <b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b><br>स्वीकृति के लिए संस्तुति <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>Date of Surgery</b><br/>         ऑपरेशन की तारीख<br/>         04/02/26       </div> <div style="width: 45%;"> <b>Dr. NEHA</b><br/>         DMG 89-38989<br/>         (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>         डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.       </div> <div style="width: 45%;">          (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>         डॉक्टर का नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी       </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |