

SRE - C-26-02-1510

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S1022610936

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/09/20

NAME of APPLICANT / आवेदन करेवाला : Mrs. Khalda Begum

AGE/YEARS आयु-वर्ष : 56

SEX लिंग : F

FATHER/HUSBAND'S NAME / पिता/पति का नाम : Mr. Mohd Sabir



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : near shabbudin Masjid, Mohalla guha Ambenta Dehat, Nalbari Saharianpur, Uttar pradesh 247340

PASTE PHOTO HERE / आवेदन के साथ चस्मा
Rec of post op Mrs. Khalda Begum (0936)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें : NA

PAN No. / आय कर संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उसे 'X' चिह्न का प्रयोग करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / सदस्य के नाम का पता	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करेवाले से संबंध
(1)	Rashid	35	M	Son
(2)	Intehara	33	F	Daughter in Law / Grand Son
(3)	Zafar	28	M	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) / आय कर कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (अपना पर को जमा करी प्रमाण करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (अपना पर को जमा करी प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (अपना पर को जमा करी प्रमाण करें)	Any Other Social Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लाने जिसकी का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही प्रमाण
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा पत्र)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि सब जानकारी में दिये गये सभी विवरण सही-सामग्री हैं। कहीं कोई झूठा बयान हो तो मेरा आवेदन और जारी किया गया मदद, यदि कोई भी, अयोग्यता/रद्द करने के लिए उत्तरदायी होगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" से मदद के रूप में प्राप्त की गई मदद केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से मदद के लिए आवेदन नहीं किया है और न ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा मंजूरी)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/substantiate or 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अर्शिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के विवरण का प्रयोग करने की अनुमति देता हूँ। यह जानकारी किसी भी माध्यम से प्रसारित की जा सकती है, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं। इस जानकारी का प्रयोग कौशिका फाउन्डेशन को दानों को एकत्रित करने और/या इसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस जानकारी का प्रयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने से मेरी मदद के लिए अर्शिका फाउन्डेशन को कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में अर्शिका फाउन्डेशन की निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा मंजूरी)

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:

- 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 understanding essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 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.

यहाँ अधोलिखित, हमारी ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर (अनुमोदित हस्ताक्षरकर्ता) द्वारा उक्त में उक्त में स्वीकार्य करने हैं।

- वह न तो हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहा है, जो कि हमें "कौशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जिसके लिए हमें "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद करने की आवश्यकता है। यदि "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा अनुरोध किया गया वित्तीय सहायता हमें पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस समझौते का अर्थ यह है कि कौशिका फाउन्डेशन को उक्त मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- "कौशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव डॉक्टर और रोगी के बीच की समझौते के आधार पर किया जाता है, जो कि कौशिका फाउन्डेशन से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं है। इसलिए कौशिका फाउन्डेशन को उक्त मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए अनुमोदित



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/02/2024

Dr. NEHA
DMC No. 58989
हस्ताक्षर का नाम में हस्ताक्षर करने वाले, न

Signature & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
हस्ताक्षर और हस्ताक्षर करने वाले की छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फाउन्डेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2