SRE - C - 26 - 02 - 1606

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. : S/0226/0949
APPLICATION DATE : 20/02/26

NAME of APPLICANT : Mrs. Mateena
AGE-YEARS : 68
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late. Mr. Islam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
House no. 84 Kachauli, Kachauli, Muzaffarnagar, Kachauli, Uttar Pradesh 251203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS
Same as above

PASTE PHOTO HERE
Pre op post op Mrs. Mateena (0949)

OCCUPATION : Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 (Family Income)
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
(1)	Ankit	36	M	Son
(2)	Sunil	34	M	Son
(3)	Manisha	30	F	Daughter in law
(4)	Sahil	29	M	Grand Son
(5)	Abhishek	28	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	BWB Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 cancel 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/company/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत पाया जाता है तो मेरी याचना निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की गम्भीरता से "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कुछ भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण रिम्बर्स किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले चुका है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, छपा, इलेक्ट्रानिक सहित उल्लेखनीय या सहित गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार या विवरण की प्रस्तुति के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" ये न्यासी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता, इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:
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 or 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से दिनांक/विनति पत्र के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल रूप से मन्जूर नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट भाव यह है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो एवं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दुष्प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और भले जाने की सभी जिम्मेदारी ली एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख		
20/03/26	Dr. NEHA DMC No.-58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	Dr. Shroff Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

11-04-2024