# DEL- Cx- 20-11-0016

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)

foundation Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :

C1052410013

APPLICATION DATE

आवंदन तिथी

10/5/2024 AGE-YEARS 379-11 SEX fem

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम

Nazia Mohd

83

M

FATHER'SISPOUSE'S NAME: Munshi Khon

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय प्रता

H. No-12, KH NO-1176, Crass No-4, Near Mohan Baba

Mondie, Kushik No-2, Kodigas, North West Dollis-11 0036
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: EAST STITITED TO

some as closus

OCCUPATION:

कल वार्षिक आव

Unempolyed

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

MARRIED (विद्यालित) / UNMARRIED (अविद्याहित)

(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई साता संख्या

TOTAL ANNUAL INCOME:

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

Yes / No 图 / 图图

FAMILY DETAILS परिवार विश्वरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेरक के साथ सम्बंध
			7	* -
	PARIS C. INCOMPANION	ASSISTANCE (Tick which	and the second section is	

Pension

सहायता के लिये विनति आधार

**BPL Card** (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संलग्न करे।

**EWS Certificate** (Attach Certificate Copy) अल्ब जाय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न को

Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देशय:

Sr. No. क्रम संख्य

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

failed PK

WNI

Chegery

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उददेश्य के हेत कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम NA

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हुना 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रण में दिये गये सभी जिवदन मेरी जनकार के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवदण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महाबता निस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राजि "कॉजिका करवन्तेलन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भर गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गांश का आंशक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतानियोजक/बीम कम्पनी से व तो लिया है और व ही पविष्य में लुँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT ( spittle gro wor)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर वा अंगठे की छाप लगकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा ताम, चता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवग् न्यासी, रान, पाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्क्यों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम से प्रसारित कार्य के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहयत हूँ कि येरा नाय, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है युझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को प्रस्ताकर या जांचुडे का निशान

### AGREEMENT by HOSPITAL (FARRIER STOLL WEST.)

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 Keshika 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से जितिय सहायश हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही ध्विषय में विशिव सहायता कियो गैर सरकारी संस्थान या कियो अन्य क्वोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश्वविनति उपत के राज्यप में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक-सकल हेतु यन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्गाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंपल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी यर हस्यताल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रेगी एवं हस्यताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पातल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होग्रे

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

10 5 2024

प नहीं होते.

प नहीं होते.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Consultant Cross Eye Hospital Red संस्तुति

Consultant 27035

Regd. No. 27035

Regd. Regd. No. 27035

Regd. Re Resd. No. 's Charling Road Dr. Shrott's Charling 10002 (Named The Road No. with Stamp) शब्दरें की नाम व हस्तावर व राजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर ३

न्यासी हस्तासर ।