

MOM - 23-01-0468

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेतू आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(न्यास्यद देखभाल)

APPLICATION NO.: M/0123 DO 30 APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 09/01/23

NAME of APPLICANT: Taimieelah AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX सें
उमेरक वा वर्ष 43 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jaleel Shah
पितामुख का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काशीन गावलाई पाटा
Tower, Bhayyal, Bhati, Saharpur, Peshawar, P
Other Residenc - 242904

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: जाली गावलाई ज्ञा

Koshika
Foundation
Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Photo Post of

OCCUPATION: House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जलविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 25,000 (family)

[Attach Proof of Income]
(आप का हाथ संलग्न)

PAN No. आपका ज्ञान प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आप अपने हर चक्र में इस पर ज्ञान का निरापत्ति लगायें

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बाप मात्र
1.	Israe	35	F	Daughter
2.	Somita	19	F	Daughter
3.	Amina	32	F	Daughter
4.	Cheekh Rizviya	10	F	Daughter
5.	Safina	28	F	Daughter
6.	Khalid	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवाया के लिए चिन्हित अधिकार

UPI Card (Attach Card Copy) आपकी रेता के बीचे प्रमाण पत्र (उपाय पत्र की जाता दर्शन संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अप्प आप जीव इनाम पत्र (प्रवास पत्र की जाता उत्तीर्ण संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) टाइमार्क कार्ड (उपाय पत्र की जाता यात्रा संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अप्प कोई जास्त

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवाया ढेतू किये गए चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्त्रात्मक दस्तावेज़ की जाती की जड़ प्राविधिक सूची संलग्न
1.	Diagnosis - DC - Severe Cataract (C - Cataract Cataract)
2.	Eye Test With Photo Film Camera (EFC)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के देतू कर्तृ अन्य स्रोतों द्वारा अप्प घोषित गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED नी गई वाहन परी
1.	DBPS	1000/-

DECLARATION by APPLICANT: मेरे द्वारा दिया गया प्रकाशन का:

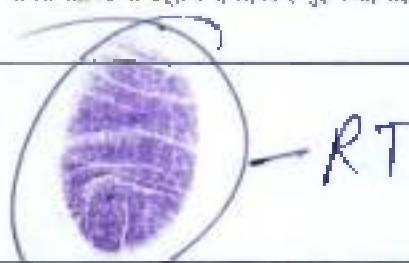
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any.
- 2) I voluntarily confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby nominate that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/relative/anywhere, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मी परेंगा जहां दूसरे हर प्रकाशन में भी अपनी जनकर्ता के लक्षण या इस पर्याप्त है। यदि कोई विवाह संबंध के बाबा हूँ तो उसे भी आज्ञा निलंग करने का सकता हूँ।
- 5) मेरे हुए ये सहायता टॉमोंग्राफी फाउंडेशन, से ही माली है, जो अपनी लाई और भी खुशी ने दिए थे जो जीवन, जो हमें जाना है या नहीं है।
- 6) मी युट करता हूँ कि ये सहायता देने वाले प्रसंग जो नहीं है, उस चाहे वह अधिक या असह भी हो विवाह के बाबा नहीं हैं जो यहां में दी गई।

AGREEMENT by APPLICANT: (अपने द्वारा दिया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/replicate/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 exclusively with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) ये लाइन वाले सभी हस्ताक्षर या लांचों की द्वारा दिया गया है कि युट करते हैं कि "कोटिला फाउंडेशन" वे उसके लालोंगों की अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, संस्था और यो विकल्प इस प्रकाश में दीखता है, उद्दे "कोटिला" गवां, नामी, घर, वापन्हता यहां उपर्युक्त में दीखता है विवाहितों और वक्फीनियों में दीखता है ताकि ये लाइन वाले सभी हस्ताक्षर के लिए अधिकृत हैं।
- 4) मेरे (जनकर्ता) यह बात से हमें है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो ये हस्ताक्षर के दर्जाती हैं आधिकृत हैं युट द्वारा; यहां पर ये लाइन वाले नहीं लालोंगा। ज्ञान सभाएं में "कोटिला" एवं उसके व्यापारों का निर्माण जीवन और व्यवसायी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

लाइन वाले हस्ताक्षर का योगदान दिया गया है।



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending its consent/entitlement 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 the 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, हस्ताक्षर की ओर से नामकर्ताएँ से "कोटिला फाउंडेशन" से विवाह दिया गया है कि यही विवाह की बात है, जिसे ये (हस्ताक्षर) दिया ग्रहण की याद से लेकर लाने हैं।

- 1) यह ये न हो योगदान और न हो व्यवसाय या विवाह दिया गया है जिसे मेरे हस्ताक्षर द्वारा योगदान के लिए अन्य स्थानों से दी गई है, जो ये स्थानों "कोटिला फाउंडेशन" से विवाहात्मक होना वे समान हैं। "कोटिला फाउंडेशन" द्वारा योगदान दिया गया विवाह शक्ति द्वारा प्रदूषित नहीं होता है वे गमनाला दिये गये और जनकर्ता हमें योगदान की विवाही अन्य सम्पत्ति से सहायता देते हैं। यह युट ने लाइन वाले योगदान की विवाही अन्य सम्पत्ति से सहायता देते हैं।

- 2) "कोटिला फाउंडेशन" से तो यह हमारा कोइला लिया गया है वो हो। योगदान दिया दी गई हस्ताक्षर का जिसे योगदानदाता का युग्म दिया गया है और "कोटिला फाउंडेशन" द्वारा योगदान का दी गई राशि नहीं है। हस्ताक्षर द्वारा ने योगदान को हस्ताक्षर द्वारा दी गई राशि की सही विवाही योगदान को दी गई है। "कोटिला" की ओर से योगदान का विवाही योगदान है जो नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

राजीकरण के लिए संकेतित

Date of Surgery
सर्जिशन के तिथि
03/08/2023

Dr. MAZHAR N. KHAN
"M.N.KHAN"
(Signature with Stamp)
राजीकरण के लिए योगदान का दी गई राशि

Anilakad Mishra
Manager, Admin.
(Name, Designation, Date of Authorization, Signatory
of Koshika Foundation Hospital)
MoHAI, भारतीय सरकारी अस्पताल संस्करण

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
राजीकरण के लिए योगदान का दी गई राशि

SIGNATURE of TRUSTEE 2
राजीकरण के लिए योगदान का दी गई राशि