

Mom - C - 23 - 01 - 0516

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika Foundation Building Minds of the Future	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0034		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10/01/23		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Shahjahan Begam		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65/-	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: आधिकारिक नाम: Mustafa Khan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Kanhehara Kalan, Kanhehara Kalan, Beh-lah, Kheri				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Lakhimpur, Uttar Pradesh, 261501 Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 40,000/- (Family)			[Attach Proof of Income] (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्वयं का पैन संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य में उस पर तिकी का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Anwarul Abbas	40	M	Son
2	Humayun Abbas	28	M	Son
3	Sami	36	M	Son
4	Mehrab	34	F	Daughter
5	Aftab	32	M	Son
6	Mehrab	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नोवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)		Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Severe Cataract			
	LE - Severe Cataract			
2.	RC - SCS with Pseudo tonsil Comp			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो।				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की गई सहायता राशि		
1.	DRS	2000/-		

1) I hereby confirm that all details in this Form and 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 Kushiya 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 employer/insurance company, in the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान की सीमा के अन्तर्गत सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य प्रमाण प्रस्तुत है तो मेरी साहाय्य प्रार्थना को ना पकड़ते हैं।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरी साहाय्य यदि "वैदेशिक यात्राएं" के लिए है, तो मैं इस यात्रा के लिए किसी भी प्रकार के भ्रम के बिना ही इस यात्रा के लिए प्रयोग करूँगा।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार के भ्रम के बिना ही, इस यात्रा के लिए किसी भी प्रकार के भ्रम के बिना ही, इस यात्रा के लिए प्रयोग करूँगा।

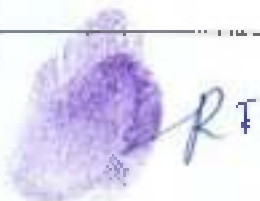
1) By affixing my signature or thumb impression on the Form, (Applicant) I hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donors 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 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 rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों को अपने उत्तर पत्र पर, यी (आवेदन) आने पर सही की तुलना करें। यह "कोई भी पाठ्यक्रम और उसके आधारों" को अधिभूत नहीं है कि में नम, पत्र, कले और को निम्नलिखित प्रश्न में शामिल है, वह "कोई भी" एम्प्लाय, चर, यावत। दूसरे उदाहरण से दूसरे उदाहरणों को उदाहरणों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव हो उदाहरण को के लिए अधिभूत है। यी प्रश्न पर सही की तुलना करें। यह "कोई भी" एम्प्लाय, चर, यावत। दूसरे उदाहरण से दूसरे उदाहरणों को उदाहरणों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव हो उदाहरण को के लिए अधिभूत है।

2) यी (आवेदन) इस बात से सम्बन्धित है कि में नम, पत्र, को और सही की तुलना करें। यह "कोई भी" एम्प्लाय, चर, यावत। दूसरे उदाहरण से दूसरे उदाहरणों को उदाहरणों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव हो उदाहरण को के लिए अधिभूत है।

अमंदन के कारणों का संक्षेप का विवरण



By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this cash/pattern for financial assistance from Koshika Foundation, we (Husuli) 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 adopted/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 आधिपत्य, स्वतन्त्रता को तोड़ने में गान्धेजी के "कोरे का फल" से विभिन्न कल्याण क्षेत्र मिश्रित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व श्रेष्ठ मानते हैं:

[illegible]

2. "कॉन्सिडर कान्टेन्शन" से तो कई ग्राहकों केवल विचार उत्पन्न हो जाते हैं। वे सोचते हैं कि हमारा इन से कई अलग या फिर वे नमकालाइन का पुनर्गठन ही है। इसलिए हमें बोलना पड़ेगा कि "कॉन्सिडर कान्टेन्शन" इस विचार प्रसार का कोई स्वरूप नहीं है। इसके अन्तर्गत वे सोचें कि इसका मूल्य और उनके जाने की तरह विमोचनी होती है। इसलिए हमें बोलना पड़ेगा कि "कॉन्सिडर" का कोई मतलब या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

आँखों के लिए संरक्षण

हयम् न नम न उल्लङ्घ्य न लोभ न

Anurag Mishra
Manager, Information & Strategy
Director, Health Policy & Strategy of Authorized Signatory
Hospital, as per list of Hospital
Molamwadi, Gurgaon, Haryana

SIGNATURE of TRUSTEE 2
PAGE THREE

Suzanne

Rich