

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/012310148		APPLICATION DATE : 23-01-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MM8 Bano		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/वधू का नाम MM. Mohd Aslam				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mala Hedi Bataile Buzung Sabarwalp Uttam Pradesh, 297120				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 55,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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)	Mohd Aslam	70	M	Husband
(2)	Hakir	32	M	Son
(3)	Fazil	30	M	Son
(4)	Baqir	26	M	Son
(5)	Amir	23	M	Son
(6)	Mehzabi	20	F	Daughter
(7)	Sahiba	28	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Cataract			
	LE - Pseudophakic			
	Surgery - RE - ICLs with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED लेई गई सहायता राशी		

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.

1) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "व्यक्तिगत आवश्यकताएं", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयोजन भी नहीं हूँ, न तो पूर्ण या आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रपत्र पर अपने इच्छाया या अंगत की छाप लगाकर, मैं (अवलोकन) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायार्थ" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् माली, राजू, मानसाया द्वारा उद्धरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिद्धि बिना भी प्रस्ता माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अभिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण जो हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में माली अभिभूत है।

आवेदक से हमारा यह संघटे का निगम

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 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.

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में निहित सहायता किसी और सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य स्थान से वक्त रोगी/भामने से लेने या ले जा रहे हैं, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरति अवस्था/मकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुनिहित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरद उक्त रोगी/भामने हेतु किसी और सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेशन" से रो गई छाया का फल विविध प्रकृति का है। रोने पर हृदयका द्वारा रो गई सताह या किये गये उपाचारप्रक्रिया का सुख रोने एवं हृदयका के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दयाल नहीं है। इसलिये हमकास में रोने के हलाक सुखा और अपने जाने की सारे निम्नोरो रोने एवं हमकास की रोने और "कोशिका" को कोई पवित्र या निम्नोरो इस सगते में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

~~VTVEK RANA~~

Administrator

Dr Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

माम व पर हस्मताल अधिकत अधिकारी

Date of Surgery

अभियोग की तारीख

23-01-2023

Dr. Sandeep Ghildiyal
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

आपका नाम क्या है ?

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानार्थिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी प्रसाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम 2



भारत सरकार
Government of India



नाम
(Name)

आधार संख्या (अंक 12 अंकों का)

पंजीकृत (Registered)



6132 4745 5196

आधार - आम आदमी का पहचान



भारत सरकार
Government of India

नाम (नाम) के अनुसार, आधा

पति (पति) के अनुसार, आधा

पति (पति) के अनुसार, आधा

6132 4745 5196



