

DEL-C-21-09-3002

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या:

Del/0911/0220

APPLICATION DATE:

अवेदन तिथि

16-09-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SAMINA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MD. MUSTHAQ

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N.-4532, GALL SHAHTARA AJMERI GATE
NORTH DELHI - 110006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

84000 (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

No

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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	MD. MUSTHAQ	58	M	HUSBAND
(2)	ANIS	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (Rx) senile cataract (Rx) senile cataract
(2)	Surgery (Rx) senile cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी
(1)	DBTS	2000

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) श्री शेषनाथ काका हैं कि इस आशय में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्षात राशि "बोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जहाँ इस प्रकार में बना गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस साक्षात हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य धार्मिक/वैयक्तिक/जीविका सम्बन्धी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूटा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आलेखक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वसिद्धों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायी, राज, खचकन इतरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार प्राप्त्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यों प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वसिद्धों अधिकृत है।
- 2) मैं (आलेखक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पुष्टि करता: सहायता पर हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके स्वसिद्धों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

लवेदक के तलावर ख अंगुठे का निशान

Gaming

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 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 this matter.

हमारे अधिकार, इनामी की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका फायरेशन" से विगत सहायता हेतु विकसित की गयी है, जिसे हम (हफ्ता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पार्षदा और न ही अधिका में विशेष सहभाग किसी और सूक्ष्मता संरक्षण या किसी अन्य स्तरों से उन गोपनीयता में लोगों या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्कर्षों तक से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी नाशिक/सकल हेतु मनुष्य नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संरक्षण या किसी अन्य संस्थाओं से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी मरत तक गोपनीयता हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायरवॉश" से ली गई सहायक जैविक प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत को नैन का विषय है और "कोशिका फायरवॉश" द्वारा किसी प्रकार पर कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी के ज्ञान सुख और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" की कोई धातिका या निर्णायक इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसूचि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

77-09-21

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
DMC No. 67280

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Dr. S. on behalf of Hospital)
नाम य रद इस्पताल अभिगत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासे हस्ताक्षर 2

Per