

KBH-C-2702-0288

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Delhi/0223

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15-09-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BILQIS BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RIYAZ AHMAD

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

H.N. 736, BAZAR SOI WAZIR DARYA GUM

CENTRAL DELHI-110002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

96000 (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

No

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस या नहीं का निशान लगाये)

Yes (हाँ)

No (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	MEHMOOD AHMAD	37	M	Son
2	ASHIYA BEE	22	F	Daughter in Law
3	MUSHIR AHMAD	11	M	Son Grand
4	MR. AHMAD	10	M	Grand Son
5	MR. HAEEESH	2	M	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे पये विनिर्दिष्ट का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया प्रती संलग्न
(1)	Diagnosis (RD)
	(18) Senile Cataract
(2)	Surgery (26) Phacolytic

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	DBCC	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं करेगा, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

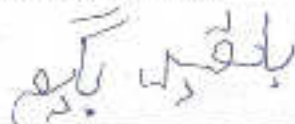
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, याचना/प्रचार के माध्यम से अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के पहलू से बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 its 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.

हमने अधिकृत, इलाज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/अनुमति हेतु मन्त्र नहीं किया जाये तो आपसगत किसी अन्य और सहायता से या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाये कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गैर सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

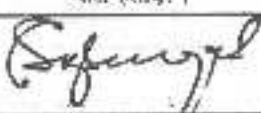
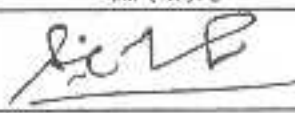
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवसरान के तारीख 17-09-21	Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant Ophthalmology) DMG No. 67280 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉ. अशिश सक्सेना (Gurgaon) New Delhi-110072	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नमूने पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी SM-M... Eye Hospital
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--