

DEL-G21-09-5305

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या :

Del/1021/0270

APPLICATION DATE:
आवेदन हिन्दे 27-09-21

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

MUBEEN BEGUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62 F



PASTE PHOTO HERE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कर्तव्य का नाम

AYYUB BEG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तनान आवासीय पता

2114, GULI PIRJI WATI RUD GRAN DELHI

NORTH - DELHI - 110006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

Ques Post

OCCUPATION:

Unemployment

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

96000/- Family

(Attach Proof of Income)
(आय का सदृश संलग्न)

PAN No. स्थाई जब्त संख्या

No

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

क्या आप आय का जब्त हैं (जो मात्र हो टप्पे पर सही का विवाद लगावें)

Yes / No
नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	ABID	35	M	Son
2	FARHA	30	F	Daughter/जी, लड़की
3	HADIYA	10	F	GRAND DAUGHTER
4	HURIA	5	F	" "
5	HAMZA	13	M	Son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

मद्दत के लिये चिनानी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबों रेखा के भीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतुष्ट करें)	अन्य अवृत्ति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतुष्ट करें)	उपपोष्टा कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतुष्ट करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मद्दत के लिये चिनानी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लायी की गई आवेदन सूची संलग्न
(1) Diagnosis	(RE) Senile catat-

(RE) Senile catat-

(RE) Senile catat-

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई गत्या यथायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED तो गई सहायता रक्ति

(1)	DBCS	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हाथ से लिखा यह:

- 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.
- 4) मैं संक्षेप करता हूं कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण भी अवश्यक हैं: गर्भ, बांदी विवाह एवं कमज़ोर अस्त्र जैसा जल्द ही तो मैंने इसपर निर्दा की यह स्फूर्ति है।
- 5) मैं इस जैसे विवाह को "कोशिका फाउंडेशन", से नहीं जारी हूं, उसका कारबोगा उसी परिवर्तन की जूनी के लिये किया जाता, जो इस प्रत्यय में दिया गया है।
- 6) मैं आवेदक करता हूं कि यह सहायता बेटु यह प्राविना को गई है, उस गर्भ का अंतिम चरण तक तक जन्मनी से तो लिया है और न ही अवधि है ताकि।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक हाथ करता)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्यय पर अपने उम्मीदवार या अंगठे की लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की गुणि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासी "को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह यथा, यथा और बोल विवाह इस प्रत्यय में दिया है, उसे "कोशिका" पर नहीं, यथा, यथा यथा द्वारा उद्दीप्त से बुझो नहीं दिया जाएगा विवाह को तिवं नियमी भी इसका माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैंने प्रत्यय का विवरण में इसका को पहले या बाद में बदलने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से बहाया हूं कि मैंने यथा, यथा, यथा और विवाह जैसे लापाया के उद्दीप्त से ग्राहित हूं चुने यथा: बहाया का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अपने और बदलकर नहीं होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का उम्मीदवार या अंगठे का निराम

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पाताल द्वारा करता)

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 the matter.

हमारे अधिकृत, हालांकर को जो से भास्तुरोंगों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु लिखाया को जाता है, विसे इन (हस्पाताल) निम्न जल्द ही यथा यथा करते हैं।

- 1) यह कि न तो बालपात्र और न ही यथा में विविध में विविध सहायता लिखा गया और अलगावी संलग्नता के किसी अन्य स्तरों से उत्तम यथा/यथा में तो ही यथा यथा हो रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविध लिखाये उनके उनके बालपात्र में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ पर लेना कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाथ पर लिखा लिखा लिखा जाता है तो आपका नियम इच्छा गर्भकारी संस्करण को किसी अन्य सन्दर्भ में सहायता तो न को अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस घृणा में यथा करता जाता है कि असामान्य हितेश यथा यथा हेतु किसी नैर गर्भकारी संस्करण या लिखी अन्य यथा यथा नहीं लिखा जाता।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लोग गई सहायता बोलत लिखिये प्रकृति की है। गर्भों पर हस्पाताल द्वारा यह गई सहायता यथा यथा को उपचार/प्रोत्तेय का उपचार गयी एवं हस्पाताल के यथा कर लिखा गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का चोरी दबाव नहीं है। इसलिये इसपर नहीं रोकी जाती कि इसका सुनहरा और अपने बदले की गयी जिम्मेदारी गयी एवं हस्पाताल को दोगों ओर "कोशिका" की बांदी दृष्टिकोण यथा लिखेगा। हस्पाताल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्थान

Date of Surgery अंगठी की तिथि 10/10/21	Dr. ASHISH SAKSENA Senior Consultant Ophthalmology (Name of Dr. & Dr. No. और अधिकृत) डॉ. अशीष सक्सेना नाम के स्वीकृत विवर डॉ. अशीष सक्सेना नाम के स्वीकृत विवर 3027, Kedar Nath Road, Pachmarhi	SHANTI SHARMA GUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शांति शर्मा गुप्ता नाम के स्वीकृत अधिकृत विवर डॉ. शांति शर्मा गुप्ता नाम के स्वीकृत अधिकृत विवर
FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी द्वारा द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी द्वारा द्वारा