

DEL-C-21-10-2709

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building back of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

D-11021/0345

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

GULFAM ALI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

KHURSHEED MOHAMMED

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

748 MOHALLA SHEESH MAHAL SLIPKAT

ROAD AZAD MARKET NEAR HAUZ WALI MASJID

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

NORTH DELHI

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

84000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	MUNAWWAR JAHAN	40	F	WIFE
2	MONIBA	07	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित 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) उपभोग्यता कार्ड (उपभोग्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र संलग्न
(1)	Diagnosis (1) Total Cataract (2) Senile Cataract
(2)	Surgery (1) STES+102

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)	DBCS	2000



PASTE PHOTO HERE

900 9087

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 धोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी लिखित भेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जात है तो भेरी सहायता निस्स की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा गैर सहायक राशि "कोशिका फायरवॉरन्ट" से ली जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य सेलेक्टिव/नियोजक/वीर्य कम्पनी से न हो लिया है और न ही वरिष्ठ में तैनात।

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 आने इलाखर या आगे की अपेक्षा कर, मैं (अवेदक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाठदोस्त और उसके स्वार्थों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में सौंपा है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, दाता, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के बिना किसी भी प्रकार प्रकाश में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाख के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठदोस्त" या स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक और स्वार्थों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायक का इनकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके स्वार्थों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन में दलाली या झूठे का प्रमाण

R.T.E
GIDL FARM RD

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी जो जोर से सम्मले/लेखों को "जातिवाद जादुन्दरान" से गिरिम घटावत ईदु सिनाशिरी की बली है, जिसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से मान्य न रखीका करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही भविष्य में जितने सहायता किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त राशि/मापसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कौशिक फाउन्डेशन" से सिपारिश/विनिती उक्त के सम्बन्ध में "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा मारप हेतु कि है। यदि "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिती अशिक्ष/सम्बल हेतु मारपु नहीं किच मारा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संस्था/से से सहायता लेने का अभिमत सुपुधित रहता है। इस पूछि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त लेनी/मापसे हेतु किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेनी।

2. "कोशिका साइकल" से ही यह ग्राह्यता देकर विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत रूप से यह सलाह या कितने गये उपप्राप्तिक्रिया का मुनन लेने एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका साइकल" प्रता किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐसी को इलाज भुषा और जाने जाने को सारी विषयेदशी ऐसी एवं हस्तगत की हांगो और "कोशिका" को कोई विषया या विषयेदशी इस चपले में गयी होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2610-21

DR. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
DMO No. 67280
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
होमो उन्नीय रोहतास रोड, लखनऊ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्दागा २

Self