

DEL-C-21-10-4104

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

DEL/1121/0375

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MADINA KHATOON

AGE YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

74

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुन का नाम

TATMUL KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

LAKHNURI, POST Mohabbatpur, Lakhan

MUZAFFARPUR BIHAR - 843120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

Same as above



PASTE PH

Post

Post

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

12,000 (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय की साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

हां / 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	IBRAT KHATUN	37	F	Daughter
2	SONUR KHAN	15	M	Grand Son
3	HARMED	0	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (RE) 10L Pseudotuberculosis (LE) Senile Cataract
(2)	Surgery (LE) Pharynx + L-Case

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(1)	DBCS	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 Kosmos 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोस्मोस फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में गहरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का भुगतान या अवकाश किसी अन्य संगठन/निधायक/बोना कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक्क इत्ता करार)

- 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/print-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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हदख्त) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके वारिधियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाय्य द्वारा उद्देश्य में सुदृढ गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार नाममात्र से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों को पहचाने या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदख्त) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि वादग्रस्त को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वयं: सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके वारिधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेकक के हस्ताक्षर वा अंगुली का निशान

अद्वैत

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospita) hereby affirm & accept following:

- 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, हस्तग्री की तौर से सम्मलेषणी को "कोरेला फायनेंस" से वित्तीय सहायता हेतु सिफरिष की जाती है, जिसे हम (हस्तात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. वह कि न तो जलपान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च ऐंगीयमूल्य में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनाश/विनिर्देश वक्त के सम्पत्ति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिक/सफल हेतु मन्तु नहीं विषय बता है तो अस्मिता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित (रखा) है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मिता द्वितीय मदद वक्त ऐंगीयमूल्य हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले पाई सहायता अथवा विविध प्रकृति की है। ऐंगी या इस्मिता हाथ की यह सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्प ऐंगी एवं इस्मिता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्मिता में रोमों के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी विषमेशरी योगों एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या विषमेशरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतो के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/21	Dr. ASHISH SAKSENA (Specialist Consultant Ophthalmology) DMC No. 67280 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Shroter's Eye Hospital 100, New Market, Delhi-110002	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KUSHIKA FOUNDATION अनार्विक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2	
		