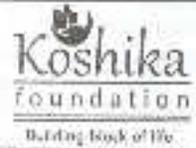


DEL-621-11-2211-N

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **DEL/1121/0392**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **16-11-21**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **ANISA BEGUM**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **69**
 SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MOHD. AQUEEL**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **1329, Nagina mahal Farash Khana C.P.O North Delhi - 110008**
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **(same as above)**
 स्थायी आवासीय पता



PASTE PHOTO HERE
Pre Post

OCCUPATION: **Home maker**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **144000 (Family)**
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या: **No**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो घन्य हो उस पर छली का निशान लगावे)

Yes No

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 संबंध
1	Son	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोजा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छन्य प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छन्य प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छन्य प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय 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 चूर्णों संलग्न
1	Diagnosis (RE) senile cataract (LE) senile cataract
2	Surgery (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1	DBCS	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

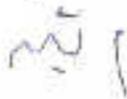
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा असत्य पाया जाए है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह धारणा की गई है, उस राशि का सौंपित या उकत हिसाब किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/बीमा कम्पनी से न ले 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 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 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 प्रश्न पर अपने इलाख या अंगुठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में धोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, खबराख द्युरे उद्देश्य से लुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार उपयुक्त से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इलाख या अंगुठे का छाप

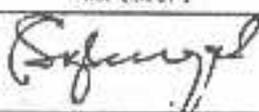
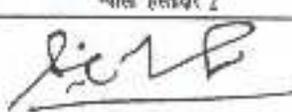


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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, हस्ताक्षर की ओर से यथार्थ/सही रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उकत लेनी/मामले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उकत से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिरिक्त/सकल हेतु स्वरूप नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिसाब मटर उकत लेनी/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। राशि पर हस्पताल द्वारा भी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योग्य एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इलाख मुला और अपने जाने की सादे सिफारिश देनी एवं हस्पताल को लेनी और "कोशिका" को कोई बूझिका या जिम्मेदार हेतु मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17-11-21</p>	<p>Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant Orthopaedic Surgeon) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Ashish Saksena, MBBS, MCh, DNB 3027, Keshavnagar, New Delhi-110025</p>	<p>SHANTANU KUMAR GM-Marketing & Publicity (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>	