

SRE-C-01-10-0945

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

C/1121/0548

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

1/11/2021

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shamima Khatoon

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

Muinees Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

71391 Deenanath Nagar gali no. 100
Bahanpur, Saharanpur, Uttar Pradesh 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थायी अवासीय पता

As Above

Koshika
foundation
Building block of life.

Prop Postup
0548 Shamimakhatoon

OCCUPATION:
बदलताय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

55,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्षण संलग्न) NA

PAN No. स्टाई रजिस्टर संख्या

LIA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र ही उम्र पर सही का निशान लगाये)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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Badrighan	28	M	Son
2	Baby	26	F	Daughter-in-Law
3	Son	25	F	Grand Daughter
4	Halima	03	M	Grand Son
5	Magma	01	F	Grand Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ अध वर्गी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राष्ट्रीय कार्ड (प्रमाण पत्र की जागा इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु चिन्हित आवश्यक चीज़ों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis : RE- penile Oatracit LE- penile Oatracit
	Sugay : RE- STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थान से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसे गई सहायता राशी
	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य नहीं हैं। यदि कोई विवरण इस कानून अनुसार ज्ञात है तो मेरे सहायता निवारण की ज़िल्हा नहीं है।
- 2) मैं हांच जो सहायता नाम "कोशिका फाउंडेशन", से सीधे जाता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भी नहीं है।
- 3) मैं पुरुष करता हूं कि ऐसा महापत्र है कि यह प्रमाण की गई है, उस लिए का व्यक्तिगत या सकल हिस्सा किसी अन्य छोटी/निकोलक/परीक्षा कम्पनी से न तो लिया है बड़ा न ही परिचय में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर का अंगठे की ओर जागकर, मैं (आवेदक) अपनी स्थायित्व की पुरुष करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीहॉर्ड" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया गया, उत्तर वाचन, उत्तर वाचन दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वर्णन से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण में इच्छा के बासे या बदल ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीहॉर्ड है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और विवरण जो कि गहाया के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित है, मुझे अवश्य: महापत्र का एकदम ज्ञात बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीहॉर्ड का निर्विप अंतिम और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या झंगूर का निरापत्ति

RJ & Self

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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.

इनकार अधिकृत, हस्ताक्षरों को ओर से घम्फले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महापत्र हैं जिनमें ज्ञात ज्ञात होता है, कि मेरा हम (हस्ताक्षर) निज इकाइ से जन्म व स्वीकृत करता है।

1) यह कि मेरे जीवन और जीवन में विविध महापत्र किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/स्थान से लौटे या ले जाए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिता/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र विकारिता अधिकारी/मर्केट हैं जिनका ज्ञात होता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से ज्ञात ज्ञात होता है। इस पुरुष में रखा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परदे उक्त रोगी/स्थान से लौटा किसी भी साकारी संस्थान या विविध रोगी की लौटी जाएगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे गई सहायता केरोल विविध प्रमुखता की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ये गई सलाह का लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौती देंदृष्टि एवं हस्ताक्षर की चीज का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का ज्ञात दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा सुना और आने वाले की मार्दी विवेदित होनी एवं हस्ताक्षर की जांगों और "कोशिका" की कोई चूटीकरण का विवेदित होने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थानी

VIVEK RANA

Administrator

Dr Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अधिकृत की तारीख
11/11/2021

Dr. SEEMAL GOVAL
M.B.B.S., M.S. (Ophthal)
DMC-91748, MO.SCBH
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर का नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनांतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2



