

C-22-01 - 0537

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

A10922 10596

APPLICATION DATE: 19-09-2022  
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Rukmudin

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

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

Tuhuridin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

village- Kheti Katon Teh- Tauru , dist- Dangron  
Haryan- 122105PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्थ आवासीय पता  
As above

Preop Postop  
0596 Rukmudin

OCCUPATION:  
बच्चसाव

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संलग्न)

NA

PAN No. स्वार्थ संख्या

NA

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

क्या आप जाय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर महो का विशेष लगाये)

Yes  No 

## 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)	Sohil	30	M	Son
(2)	Mushtaq	28	F	Daughter in law

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विभिन्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गटीशी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत जीत संलग्न करें)	जन्म आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विभिन्न का उद्देश्य:

St. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis RE - SENILE CATHRACI IF - SENILE CATHRACI
(2)	Surgery - RE - STCS WITH PmmR

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभीति अन्य स्रोत से लिया गया हो?

St. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा प्राप्त 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 ऐसा करता हूं कि इस प्राप्त ये लिये जाने सभी विवरण ये जानकारी को अनुसार मात्र एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं काब्दन असत्य पाया जाता है तो ये सहायता निवारण की जा सकती है।
- 2) मैं इस के सहायता की "कार्यक्रम काठडैनेशन", में लें जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि के लिये किया जाएगा, जो इस इकान में भय नहीं है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण अनुसार ही वह जानकारी नहीं है, उस लिये काम करना अवश्यिक/वीमन काब्दनी से न लौटा जाएगा और न ही अधिकार में लौगा।

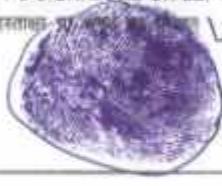
**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा करा)

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 प्राप्त ये जाने हस्ताक्षर का अंगठी की ओर सहायता को पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाता, पोर्टल और जो विवरण इस प्राप्त ये जानकारी है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, याचनादाता इसी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया जाएगा और प्रसार गत्यम् से प्राप्तित करने के लिये अधिकृत है। ये प्राप्त का विवरण ये जानकारी को पहले या बाद ये करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहायता हूं कि मेरा नाम, पाता, पोर्टल और विवरण जो कि मानकता के उद्देश्यों से प्राप्तित है युक्त ज्ञात: सहायता का डक्या नहीं बचता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विनियोग अनियम और बास्तकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर:  L.T.

**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.

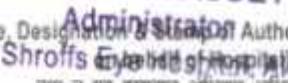
इसी अधिकृत, हस्ताक्षर को जो ये जानकारी/ऐसी "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विफलता की जाती है, विसं हम (हस्ताक्षर) विन इकार से जान्य व स्वीकर करते हैं।

- 1) यह कि न ही अधिकृत व न ही अधिकृत ये विविध सहायता विस्तीर्ण गैर साकारी संस्थाएँ या विस्तीर्ण अन्य लोगों से डेक्का गोणी/भागीदारों में लौंगे या लै रहे हैं, ये विविध सहायता को जाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यपि हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विस्तीर्ण अधिकृत/सकल हेतु बन्दूर नहीं किया जाता है तो असमान विस्तीर्ण अवधि गैर साकारी संस्थाएँ या विस्तीर्ण अन्य सम्बन्धित सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि असमान द्वितीय सदर उक्त एण्डी/वायते हेतु विस्तीर्ण गैर साकारी संस्थाएँ या विस्तीर्ण अन्य सम्बन्धित सहायता में लौंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जी गई सहायता कोवत विविध प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या विस्तीर्ण गैर साकारा/विकिया का बुनाय लौंगी एवं हस्ताक्षर के बोत का विविध है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विस्तीर्ण प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इताव सुना जाए ज्याने जाने की सारी लिम्पेशी योगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विस्तीर्ण इस यामने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्कृति

**CHARAN MASSEY**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
Dr. Shroffs   
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंतिमेशन की तिथि

20/01/22

Dr. WAFI ANSARI  
MS (OPHTHAL)

Reg. No.-DMC/93199

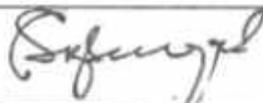
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व तिथि.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

