

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

A102210603

APPLICATION DATE : 01/10/2022
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Salatun

AGE-YEARS आयु-वर्ष
63

SEX लिंग
F

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

Gafur

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Village - Roopwas, Sardera - Teh. - Tizara, Dist. - Alwar
Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
As above

Pw. op
0603 Post op
Salatun

OCCUPATION:
अवश्यक आप

Home maker (family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आप

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साथ सलान)

ND

PAN No. स्वार्ड खाता संख्या

NA

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

मैंने आप अपय कर दाता हूँ (जो मात्र हो उस 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.	Rukhsar	32	M	son
2.	Ayesha	30	F	daughter in law
3.	Murtaza	8	M	grand son
4.	Hakim	28	M	son
5.	Sahiba	26	F	daughter in law
6.	Sareekh	5	M	grand son

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाया प्रति संलग्न करें।)	अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाया प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थाया प्रति संलग्न करें।)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिनातों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	diagnosis RE - PCLOI IE - SENILE CATARACT
②	surgery - LE - SICS WITH PMMA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	Nill	

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञानेक द्वारा सांकेतिक प्रकाश:

- 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 योग्यता हूँ कि इस प्राप्ति में लिखे गये सभी विवरण मेरी ज्ञानकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण यह कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ की सहायता ताकि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी कार्यता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को बहिर्भूत करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भयंकर है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि लिखे सहायता है उस वार्षिकी को नहीं है, उस एकी को आर्थिक या व्यक्तिगत विस्तृत किसी अन्य ग्राहक/विदेशी व्यक्ति से न तो लिया है और न ही घबराय में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कार्य)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, दान, व्यवसाय वृत्ति उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी उत्तरात्मा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि येरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों जा नियम और वायविकारी होंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



RT.
Salafun

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कार्य)

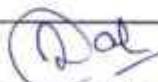
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसपर अधिकृत, हस्ताक्षरी को आरा से मापते/रोपे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता है तो सिराहिरा को जाता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न रुक्का से सन्तुष्ट करते हैं:

1) यह कि न हो बल्कि और न हो भौतिक में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से उक्त संगठनों/समूहों में लैंगे या ले रहे हों, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिवायिशिविति उक्त की सम्भाव्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगीकरण की जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजिक से सहायता सेवन का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सम्मत कहा करता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उक्त संगठनों/समूहों हैं किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लैगते/लेगें।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लो गई सहायता को वित्तीय प्रकृति की है। तो यह कि हस्पताल द्वारा भी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा सुना और उन्हें जाने को सही निम्नदारी रोपी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेदारी हस्पताल में नहीं होगी।



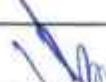
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संनुक्ति

Dr. WAIFIQ ANSARI

MS (OPHTHAL)

Reg. No.- DMC/93195
(Name, Designation & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्पताल के रुक्का न.



CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Regn. No. with Stamp)
on behalf of Hospital Awar

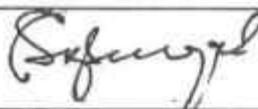
Dr. Shroff नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

