

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: S/6617/120 (0534/17) आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 13/4/17 अवेदन तिथि			
NAME OF APPLICANT : <u>Munir Jahan</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>60</u>	SEX लिंग <u>F</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>Sabir Ali</u> पिता/हनुम्य का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता <u>I-Block Gali No-15, Sangam Nagar New Delhi</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता <u>As Above</u>					
OCCUPATION : <u>Housewife</u> व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>Rs. 60,000/- (Family Income)</u> कुल वार्षिक अंश			(Attach Proof of Income) (आग का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. रणार्ड नंका सान्ना -					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आग कर दत्त हैं (को मान्य हो उर पर सही का निरात लगनै).					
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	
<u>01</u>	<u>Sabir Ali</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सोकी रेखा के पीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खया प्रति संलग्न करो)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जलय अव वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खया प्रति संलग्न करो)		Ration Card (Attach Copy) उपयोगीका कार्ड (प्रमाण पत्र को खया प्रति संलग्न करो)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने चिनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	<u>Diag:- (L) Cataract</u>				
	<u>Treat:- (L) Phaco+IOL</u>				
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 जी गई सहायता राशी			
	<u>N/A</u>				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 यहाँ पर बतलाना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बतलाना हूँ कि निरा सहायता हेतु वह प्रार्थन को नहीं है, उस राशि का वारंटिक या समकत हिसाब किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एकादमी, राय, या अन्यथा द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे सत्य। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकादमी उद्देश्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



LEARNER

NOOR JAHAN

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उभर लेनी/पाने की लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशों उभर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नित वारंटिक/समकत हेतु पसंद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस घोष में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उभर लेनी/पाने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेनी/पानेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सहायता में रोगी के ज्ञान सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/6/17

Dr. Shubho M. C.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent
on Behalf of Hospital)
SHROFF EYE CLINIC
A.O. Kailash Hospital
नया पुर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Sufan

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Sufan