

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: 5/0917/244 (0861/17)

APPLICATION DATE: 19/9/17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mazid Hussain

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Yousin Hussain

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

A-40, Ali Vihar, Sakita Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: Tailor

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 12000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रखाई रहता है

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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	Tahir Hussain	50	M	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नीच दी गई को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सक से जारी की गई दवा/पत्रिका संलग्न
	Drugs: (1) Cataract
	Surg: (1) Phaco IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 झूठा बयान एवं गलत जानकारी दया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद लेऊंगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

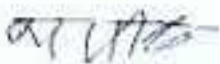
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके निर्यातियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्डेशन, ट्रस्टी, चर, मानवागत दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तिय विवरण और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार प्रयोग के लिये प्रयोग करे के लिये अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्डेशन उसके निर्यातियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


(Mazid Hussain)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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:

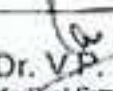
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगुली के छाप लगाकर "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाय तो वे उपर्युक्त वित्तिय सहायता स्रोत का वित्तिय सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस बिंदु में स्पष्ट पत्रा जाता है कि उपर्युक्त वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता स्रोत से वित्तिय सहायता से नहीं लेना होगा।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय गले उपचार/क्रिया का चुनाव हेतु एवं हस्पताल को योग्य का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तान्तरण शुरू और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

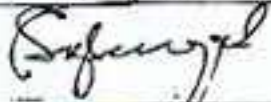
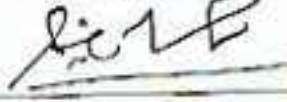
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 19/09/17	 Dr. Shubha Mehta DMG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताफा व छाप	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (Name of Hospital) A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---