

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 8/1017/256 (8987/17) APPLICATION DATE: 7/10/17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mouv Ahmed AGE-YEARS आयु वर्ष 42 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Anisa Begum
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्य निवास पता
A-118, Indrapuram, Ghazipur U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता
As Above

OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 70,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट बताएं

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 (No)
हां / 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	Anisa Begum	40	F	Wife
2	Samina Begum	70	F	Mother
3	Ab. Ahmed	40	M	Brother

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

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे नीचे के कोने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Cards/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्ति की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	Diag:- (SE) Cataract
	Surv:- (RE) Phaco+IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरा

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी दूँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी तरह से, अपने भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा जो कि इस मदद के लिए माँगी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

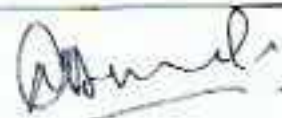
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्स, न्यूज, पत्र, पत्रिकाएँ, दूसरे तरीके से जुड़ी रेडियोफोन और टेलीविजन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरी सहायता के पाने या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्स, उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 की ओर से हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को अंगीकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अंगीकार उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निषेधित/अस्वीकार/नहीं प्रदान करने का फैसला किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त सहायता हेतु किसी भी रोगी/रोगी के किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो भी प्रस्ताव या निर्णय लिये गये हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रस्ताव सुनने और अपने कानों को मारी निर्णयों लेने एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" की ओर से प्रमाणित इस प्रमाणों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रोगी/रोगी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

7/12/22

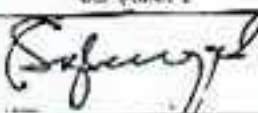
Dr. Shubha Mehta
Name & Regn. No. with Stamp
DMC NO. 84798
Shroff Eye Centre

Dr. V.P. Thakral

Med. Officer & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
