

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building blocks of life.

APPLICATION NO.: <b>A12180662</b>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 26/12/18			
NAME of APPLICANT: राहुद्दीन अकबरी	AGE-YEARS वय-वर्ष 35			
FATHER/SPOUSE'S NAME: Moazz Min	SEX लिंग F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: संतुष्ट आवासीय पाल VILLAGE - Alipura गांव, जोड़ - 742225,				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पाल Chittarpur				
OCCUPATION: रोजगार	MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अमिश्रित) (Attach Proof of Income) (अपने का साध्य संतुष्टि) <b>N/A</b>			
PAN No. स्थाई चलना संख्या <b>N/A</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मम जात जन कर यात है (जो जात जो उस पर जाती का नियम समाप्त) <b>Yes / हाँ नहीं</b>				
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 उपर्युक्त के बाय जात
1	Rahuddin	40	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनाशी ग्राहक				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोक के लिए उपलब्ध पत्र (इसका पत्र की जाव भी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य जल बर्जन उपलब्ध पत्र (इसका पत्र की जाव भी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) दरवोक्त वार्ड (इसका पत्र की जाव भी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof जाव की जाव	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जावी भी गई प्रतिवेदन यूनिट ग्राहक			
1	Diagnosis — RE-IMSC			
	LE - IMSC			
2	Surgery — RE - SIC S 4101			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु किसी अन्य सहायता विनाशी जाव स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिये गये सहायता की राशि		
1	SCBH			

**DECLARATION by APPLICANT (कर्तव्यकारी का 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 a decision for injections/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 scotus/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं अपना कानून से दिए गए हाथी विकल नीं बताती है क्योंकि उसका काम ऐसा नहीं है। यही बहुत दूर का काम है जो मैं अपना विकल की कामती है।
- 5) मैं इस को भालगा की "दीर्घा प्राप्तिकर्ता", जो यही नहीं है, उसका उपयोग वही दैर्घ्य की तुलने से अधिक दैर्घ्य की तुलना में अधिक है।
- 6) मैं दूरी काम है जो जिस समय से ही जो काम है जो यही नहीं है, उसका उपयोग वही जो दैर्घ्य वाला काम है जो जिस काम से अधिक दैर्घ्य में और उसके बाहर में दैर्घ्य है।

**AGREEMENT by APPLICANT (कर्तव्यकारी का घोषणा):**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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.
- 3) यह काम करने के लिए कोई चीज़ नहीं आवश्यक है जो "दीर्घा प्राप्तिकर्ता की जाँच में" की विधिक काम है जो यही काम है, जोही जो यही विकल इस दृष्टि में दैर्घ्य है, जो "दीर्घा" एवं नाम, वार्ष, वर्षावार्ष दूरी विकल जो यही विदीकर्ता की कामतीकर्ता के लिए बिकी भी जाता जाता है जो आदी काम है जो यही विधि है। यह काम के लिए कोई चीज़ नहीं यह काम में काम है जो यही जो यही "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" की जाँच में दैर्घ्य है।
- 4) मैं (अपरिवर्त्य) यह काम के लिए कोई चीज़ नहीं आवश्यक है जो यही कोई उपयोग के लिए है जो यही जाता जाता है जो यही "दीर्घा" एवं उसके विदीकर्ता के लिए बिकी भी जाता जाता है।

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

आवश्यक है कामकाज़ को अपने नाम से लिखें।



Praveen  
AKbros

**AGREEMENT by HOSPITAL (कामकाज़ का घोषणा)**

By affixing handwritten signature of our Authorised Signatory for recommending this recipient 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 this matter.
- 3) यही विधिक, इसकी की जो समाजीकरणीय "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" से विकल आवार्द्ध दैर्घ्य की जाँच है, वही इस (इन्हाँ) जिस दृष्टि में यही विधि है।
- 4) यह यह की जो विकल नहीं है जो भवित्व में विकल आवार्द्ध दैर्घ्य की जाँची जाता है जोही जो यही विकल में दैर्घ्य है। यही जो "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" से विकलिति इस के विकल नहीं है। यही "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" दूरी विकल जो यही विकल नहीं है जो यही विकल नहीं है। यही जो विकल नहीं है जो यही विकल नहीं है। यही जो विकल नहीं है जो यही विकल नहीं है।
- 5) "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" से यही गई विकल विकल नहीं है। यही जो विकल इस की जो विकल नहीं है। यही विकल नहीं है।
- 6) "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" से यही गई विकल विकल नहीं है। यही जो विकल इस की जो विकल नहीं है। यही विकल नहीं है।
- 7) "दीर्घा प्राप्तिकर्ता" से यही गई विकल विकल नहीं है। यही जो विकल इस की जो विकल नहीं है। यही विकल नहीं है। यही विकल नहीं है। यही विकल नहीं है। यही विकल नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. Dharm Singh** को लिए दर्शायें

**MS (OPHTHAL)**

**Reg. No.-028084**

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

दक्षिण भारत विद्यालय व अस्पताल, रु.

**MASSEY**

**Administrator**

**Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

काम के पद कामकाज़ कीविहू विविकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION**

विविकारी का नाम है-

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इकाया ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इकाया 2

