

C19/08/0312



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <i>C10819/067</i>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <i>19.08.2019</i>			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : <i>Mohsina</i>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <i>51</i>	SEX लिंग : <i>F</i>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपूर्ति का नाम : <i>W/o Mustakoom</i>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास स्थल : <i>Villi - Matki Thasroff, P.O. + Village Sachali, Kadrem, Distt. SF Saharanpur Uttar Pradesh 247120</i>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थान स्थल : <i>idli village</i>				
OCCUPATION : व्यवसाय : <i>habour</i>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (व्याप का साक्ष दस्तावेज़) <i>N/A</i>			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <i>59,000</i>				
PAN No. न्याय संख्या : <i>AIA</i>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाप का दाता हैं (यदि मात्र हो उस पर मात्र का निशान लगायें):	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <i>हाँ / नहीं</i>			
FAMILY DETAILS संरक्षित विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1) <i>1</i>	<i>Mustakoom</i>	<i>51</i>	<i>m</i>	<i>Husband</i>
(2) <i>2</i>	<i>Rabib</i>	<i>32</i>	<i>m</i>	<i>Son</i>
(3) <i>3</i>	<i>Tanvir</i>	<i>98</i>	<i>m</i>	<i>Son</i>
(4) <i>4</i>	<i>Sohail</i>	<i>25</i>	<i>m</i>	<i>Son</i>
(5) <i>5</i>	<i>Musaha</i>	<i>20</i>	<i>f</i>	<i>Daughter</i>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित स्थान				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	EW3 Certificate (Attach Certificate Copy) जन आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारिका कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> सहायता हेतु किसे गवे विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की चीज़ प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1) <i>1</i>	<i>Diagnosis - RL IF MSC Refractive Error</i>			
(2) <i>2</i>	<i>Surgery - BE SICS + IOL</i>			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED स्तर गई सहायता रुपये		
(1) <i>1</i>	<i>SOEH</i>			

## DECLARATION by APPLICANT: नीचेरह द्वारा लिखना पर:

- 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 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 it 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, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं पोर्टल करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गये सभी विवरण ये हैं कामगारी के अनुसार सब ऐसी ही हैं जिन कोई विवरण एवं कामगार सम्बन्ध पर वाला है जो मैंने व्हायर नियत की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो साकारता ही "कोशिका पाठ्यक्रम", से भी या भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में चढ़ा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विषय साकारता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गटी या अधिक या सकारा विषय कामगारी की जैसी है जो उसे लिया है और वही जो व्हायर जैसी है।

## AGREEMENT by APPLICANT (अनुरोध द्वारा करा)

- 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 प्रकाश पर अपनी हाथाकार या अंगठी की छार लगाकर, मैं (अनुरोध) अपनी जानकारी की चुंबक करता हूँ कि "कोशिका पाठ्यक्रम" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह चाह, यह, चाहते ही, जो विवरण इस प्रकाश में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं अचारी, राज, पाठ्यक्रम एवं उन्होंने उपरोक्त के लिये किसी भी प्रभाव व्हायर में प्रदर्शित करने के लिये अधिकृत है। मैंने इसका विवरण में इसका यह चाह में बदलने के लिये "कोशिका पाठ्यक्रम" का नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनुरोध) इस चाह यो साकारता है कि मैंने यह चाह, यह, चाहते ही, जो विवरण जैसे कि साकारता को उत्पादनों में डायरेक्ट है मुझे सहज़ राजाकारा हाफ़ा इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीरूपों का निर्दिष्ट अधिकृत भी व्हायर करनकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाथाकार या अंगठी का अधिकृत



## AGREEMENT by HOSPITAL (इमामत द्वारा करा)

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.

इसको अधिकृत, इमामत की ओर से व्हायरप्रोटी की "कोशिका पाठ्यक्रम" के विवरण व्हायर जैसे विवरणीय की गई है, जिसे इन इमामतों ने प्रकाश में योग्य यो संविचार करते हैं।

- 1) यह कि वह तो बहुत बड़ी न ही अधिकृत ने विवरण इमामत की गई जानकारी संबंधित या जिसी अन्य संस्कृत से इमामत लेनी/पढ़ने में सहायता या सहायता की गई है, जैसे कि इनमें "कोशिका पाठ्यक्रम" से विवरित/विकीर्ण उत्पत्ति के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा चाह द्वारा किया गया है। यह "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा व्हायर जैसे विवरण की अधिकृत इमामत द्वारा यान्मुका भी व्हायर चाह है जो अपनका जिसी अन्य गैर जानकारी संबंधित या विवरण जैसे अन्य संस्कृत से इमामत की गई अधिकृत उत्पत्ति उत्पादित राजा है। इस पूर्ण में इसका काम चाहता है कि इमामत द्वितीय प्रकार उत्पत्ति लेनी/पढ़ने द्वारा विवरणीय अन्य संस्कृत से योग्य यो संविचार करते हैं।

2. "कोशिका पाठ्यक्रम" में भी गई साकारता के लिये व्हायर प्रकृति की है। ऐसी पर इमामत द्वारा यह गई साकारता या विवरण जैसे व्हायर का उत्पत्ति उत्पादित का चुनाव गयी एवं इमामत में सीधे या विवरण जैसे व्हायर का उत्पत्ति उत्पादित का चुनाव गयी है। इससे इमामत में सीधे या इतना सुनाया गया जाता है कि इससे इमामत की गई व्हायर जैसे विवरणीय अन्य संस्कृत से योग्य यो संविचार की गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
अधीक्षित के लिये चार्टर्स

**Dr. ANUJ DUBEY (MS)**  
**Dr. Anuj Dubey**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
इमामत का नाम व इमामत व एवं, ज.

**VIVEK RANA**  
Administrator  
Dr. Shree Ganga Charitable Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(M.A. व एवं उत्पत्ति व्हायर की अधिकृत अधीक्षित)  
नाम व पद इमामत अधिकृत अधीक्षित

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अनुरोध दर्शायें हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इमामत 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इमामत 2