



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

APPLICATION No / आवेदन संख्या: **C.1032010499**
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **20-02-2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Shamim Begam**
 AGE-YEARS आयु-वर्ष: **67** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **Abdul Salam**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
0 habibnagar, aalam masjid, gali No-15 Sahabuddin, Sahabuddin colony Bahadur 201001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:



Preop Postop Shamim Begam 0499

OCCUPATION / व्यवसाय: **House Maker**
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **69,000**
 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. / स्पॉन कार्ड संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें):
 Yes हाँ / No नहीं: No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध |
|--------------------|--|-------------------------|-------------|---|
| (1) | Abdul Salam | 72 | M | Husband |
| (2) | Ikrum | 36 | M | Son |
| (3) | Samina | 32 | F | Daughter in law |
| (4) | Imran | 30 | M | Son |
| (5) | Sahnun | 29 | F | Daughter in law |
| (6) | Beyhan | 27 | M | Son |
| (7) | Sana | 25 | F | Daughter in law |
| (8) | Maham | 22 | M | Son |
| (9) | Abkam | 11 | M | Grand Son |
| (10) | Alishan | 9 | M | Grand Son |
| (11) | Rehana | 5 | F | Grand Daughter |

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबों रेशा के नोंप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की डकट प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की डकट प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की डकट प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे क्या विनोद का उद्देश्य:

| Sr No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिपत्र सूची संलग्न |
|--------------------|---|
| (1) | Diagnosis - RE IMSE CE IMSE |
| (2) | Surgery - RE STCS 710L |

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

| Sr No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो गई सहायता राशि |
|--------------------|--|--|
| (1) | SCEH | |

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा/व्यक्ति पर)

- 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 liable for retraction/cancellation.
 - 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.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future (avail of reimbursement), in part or in full, from any other source (employer's insurance company, or the amount for which this assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन असत्य प्रमाण बताता है तो सभी छायापत्र निरस्त की जा सकती हैं।
 2) मैं यहाँ तब तक यथा 'कोशिका फाउन्डेशन', से ही जा रही हूँ। उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में प्राप्त किया गया है।
 3) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि इसका प्रयोग हेतु यह अर्थन की गई है। इस अर्थन का अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/अन्य कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा/व्यक्ति पर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, मासिक/मास पूर्व उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मासिक से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरे उद्देश्य के पहलू या बाद में जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Prity (Left thumb impression)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा/व्यक्ति पर)

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:

- 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 especially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी नए सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से प्राप्त की जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के स्वभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अधिक/अच्छा हेतु सहायक को किया जाता है तो सहायक किसी अन्य गैर सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक द्वारा उक्त सहायक/सहायक हेतु किसी गैर सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक अंशक वित्तीय उद्देश्य की है। हमें यह इच्छा है कि हमें यह सहायक या किन्हीं गैर सहायक/उद्देश्य का चुनाव सुभी एवं इच्छा है कि हमें यह सहायक है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक नहीं है। वित्तीय सहायक में हमें कि इच्छा है कि हमें यह सहायक और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी होगी एवं इच्छा है कि हमें और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery अधिष्ठापन की तारीख 20.02.2020 | MOHD. RAHMAN DR. Remya Rana FICO LONDON (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छा व रजि. नं. | VIVEK RANA Minister Dr. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामलेखक 1 <i>Safar</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामलेखक 2 <i>Dr. Rana</i> |
|---|--|