


Refer.

SRE-C-20-02-0871

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या:	C/0220/0501	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	20.02.2020	
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम	Rafeek Ahmad	AGE-YEARS आयु वर्ष	84	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	Jinda Hasan			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता				
Near Fatma Masjid Habibghad Sahaurpur Sahaurpur Uttar Pradesh 247004				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता		Preop Postop 0501 Rafeek Ahmad		
OCCUPATION व्यवसाय		Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		69,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA
PAN No. स्वयं छात्रा 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 निशान लगाएं)		Yes (हाँ) / No (नहीं)		
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 सम्बन्ध
(1)	Mahfooz	40	M	Son
(2)	Nargish	37	F	Daughter in law
(3)	Yakub	35	M	Son
(4)	Ashraf	30	M	Son
(5)	Ahmed	28	M	Son
(6)	Shahid	25	M	Son
(7)	Mohd Ashif	10	M	Grand Son
(8)	Fahana khatoon	09	F	Grand Daughter
(9)	Balle	06	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE - JMSC LE - JMSC			
(2)	Surgery - RE - SICS + IOL			
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 ली गई सहायता राशि		
(1)	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा नीचे का):

- 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 rejection/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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं अर्शक करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि है, उसका उपयोग तभी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु वह अर्शक को नहीं हूँ, जब तक कि आंशिक या सफल विवरण किसी अन्य दाता/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करके)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
 - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, दाता, प्रायोजकों द्वारा उद्देश्य से लुकी-छुपी विधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:


अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

LT
sey

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)

- 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 essentially 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चिकित्सकीय को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से फिनाइसियल/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आधार/सकल अनुमति नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी का इलाज/इलाज हमें यह सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देना एवं इलाज के चयन का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज/इलाज में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने चयन की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

MOHD RAMEEZ RAZA

 Reg. No. DMCR/12598
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

VIVEK RANA

 Administrator
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व आ हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 अर्शक का तारीख
26.02.2020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासीय हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासीय हस्ताक्षर 2
