

SRE-C-20-02-0870

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: C/220/0503 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 26.02.2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Tqbal Fatma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71 F SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: Mohd Yunus

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 50211 Makhaue wali, Musical Washid, Uthman Colony, Sahandipur, Sahandipur, Nalpur, Sahandipur, Uttar Pradesh 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: Iqbal Fatma

OCCUPATION व्यवसाय: House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 62,000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य मेलान): N/A

PAN No. सर्वोपयोगी आय संख्या: N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे):

Yes (हाँ) / No (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 संबंध
(1)	Salim	34	M	Son
(2)	Muzat	30	F	Daughter in law
(3)	Soyeba	6	F	Grand Daughter
(4)	Muzat	4	F	Grand Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जलान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जलान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही जलान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची मेलान
(1)	Diagnosis - RE JMSC LE PCTOL
(2)	Surgery - RE STCS F10L

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)	SCCH	

Pre op Postop
0503 Tqbal
Fatma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:-

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रश्न अज्ञान प्रभाव प्राप्त है तो मेरे स्थापक निराल को या सचको है।
- मेरे द्वारा जो स्थापक को "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का तरीका है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र रखा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त स्थापक से प्राप्त प्रश्नों को नहीं है, उस राशि का आर्थिक या वकालत शिक्का किसी अन्य प्रावधान/रोल/बोनस कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 fulfillment 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने पत्र/चित्र को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिकृत करता हूँ कि वे पत्र, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोपयोग, दान, प्रचार/या दूसरे उद्देश्य में सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायोपयोग अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि पत्र, पत्र, फोटो और विवरण जो कि स्थापक के उद्देश्यों से प्रेषित है सुदृढ़ स्थापक स्थापक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपयोग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

R9
Self



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:
- 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से न्यायोपयोग को "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/या किसी और स्रोत से प्राप्त होगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/किसी उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापक वित्तीय सहायता/किसी उक्त हेतु प्राप्त नहीं किया जाय तो न्यायोपयोग किसी अन्य और सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता प्रदान का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय कि न्यायोपयोग हितचिंतक मदद उक्त प्रेषित/या हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नई स्थापक केवल वित्तीय प्रदान को है। सभी पर हस्पताल द्वारा ही नई स्थापक के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को ही न्यायोपयोग है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। उपरिलिखित सम्झौता में सेमी को स्थापक सुरक्षा और जाय करने को छोड़ें न्यायोपयोग प्रेषित एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या न्यायोपयोग इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

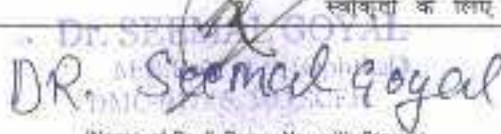
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

20.02.2020

DR. SEEMIL GOYAL



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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Shreeff's Charity Eye Hospital

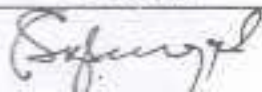
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

