

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: V/0220/1197  
 आवेदन क्रमांक:

APPLICATION DATE: 18-02-20  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ajeez  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 65  
 आयु-वर्ष

SEX: M  
 लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rasheed  
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Uth Alampur, Baidpur, Sikandra Bah

DIST- Hathwa, U.P. 204215

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above

Block Post op  
(1197) Ajeez

OCCUPATION: Unemployed  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 21500/-  
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
 (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No: स्वाँ खाल यंत्र

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं:  हाँ  नहीं

Yes:  No:

**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 सम्बन्ध
1.	<u>Barkat</u>	<u>62</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2.	<u>Masood</u>	<u>34.5</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3.	<u>Masood</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4.	<u>Mithlesh</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
5.	<u>Saniya</u>	<u>24</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिए विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यंकी रेट्ट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपायका कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE  
 सहायता हेतु किसे लगे लिकों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि दवायों का प्रमाण
	<u>RE - JMSC</u>
	<u>LE - JMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) SICSTH</u>

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 तो गई सहायता राशि
1.	<u>SCFB</u>	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक रूप पर्याप्त):**

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application (along with assistance, if any) made for rejection/for 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 (insurance/other company) of the amount for which this assistance is requested.
- मेरे प्रेषण करने हैं कि इस प्रत्येक व रिक्त को सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन सत्य सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे प्रेषण करने हैं कि मैंने "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णतः ही करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पर्यक्त है।
- मेरे पुष्टि करने हैं कि मैंने किसी भी अन्य सहायता से न तो लाभ किया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक रूप पर्याप्त):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo/along with 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 seeking 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 प्रत्येक में अपना हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित हैं, उन्हें "कॉशिका" एन.जी.ओ. द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी छवि का उपयोग करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका फाउन्डेशन" के द्वारा सहायता को इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन.जी.ओ. अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

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

अर्थिक के (हस्ताक्षर या अंगुली का निशान)



**AGREEMENT by HOSPITAL (इच्छा करने वाले):**

- By affixing hereunder a signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital/Health Care) agree & 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/condition, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, or if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves the 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/condition from any other NGO or any other source.
  - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure adopted/prescribed by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and 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.
  - इच्छा करने वाले, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को आगे के उपचार/उपचार को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किंतु हम (स्वास्थ्य सेवा प्रदाता) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
  - यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता या किसी अन्य सहायता से एक रोगी/रोगी के लिए प्राप्त करेंगे, जो हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त नहीं की जाती है।
  - यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमें स्वयं को पूरा करने के लिए अन्य सहायता से अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं बताया गया है कि अन्य सहायता से अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित है।
  - "कॉशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/उपचार हमें ही करना है, जो कि हमें स्वयं को उत्तरदायित्व का अनुभव होगा। हमें स्वयं को उत्तरदायित्व का अनुभव है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है। इसलिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को रोगी को सहायता प्रदान करने के लिए स्वयं को उत्तरदायित्व लेना होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अर्थिक की तारीख	<b>Dr. Priya Agrawal</b> M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No - 58417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) नाम व पद समुचित अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2

