

DEL-G-21-07-4768

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 210924/0047
आवेदन संख्या :

NAME of APPLICANT : Mohammad Naseem
आवेदक का नाम

APPLICATION DATE : 24/09/24
आवेदन तिथि

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50
SEX लिंग : M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Abdul Rasheed
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 7C1210, Bhooh Bawaly, Bawaly Uttar Pradesh - 243001
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी निवास पता

OCCUPATION : Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 55000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (आय कर पहचान संख्या) NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर पत्रा है (जो मन्व हो उस पर सही का चिह्न लगाये)

Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Nisha Parveen		F	Wife
2	Fareen		F	Daughter
3	Afreen		F	Daughter
4	Zeba		F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE: Corneal ulcers
	LE: WNL
	Surgery: RE-TPK

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 सी गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 assistance 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 such assistance 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, of the amount for which this assistance is requested

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद के मुद्दे के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक वर्ष के भीतर, इस राशि का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कॉशिका" एन.सी.ए. द्वारा, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और वेबसाइटों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार हेतु प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे प्रश्न के पड़ने या बदलने से करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन.सी.ए. उम्मीद के न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: नरसीच

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:

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में सच व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता हेतु सिफारिश करने वाली अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता प्राप्त है, जो कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं मिली, तो हमें सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी के लिये हेतु सिफारिश करने वाली संभव या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेती।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही रोगी का उपचार या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कॉशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/09/2024</p>	<p><i>Dr. Manisha C. Acharya</i> Dr. MANISHA C. ACHARYA Consultant Ophthalmologist Regd. No - 27035 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital 100, B. D. Ghosh Road New Delhi - 110029 Phone No. 26110007 www.sceh.org</p>	<p><i>Rishi</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--