

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : F/0424/0001 (168/24) APPLICATION DATE : 01/04/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : Mrs. Sahar Bano AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hasam Haider
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-12/3A Okhla Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Moh. Bangla Nargoon Anroka U.P.

OCCUPATION : Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 2.00 Lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income) —
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)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
01	Nayem	45	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- RE Cataract
	Surg:- RE Phaco + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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, if any, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मैं मेरी सहायता निरस्त की जा सकती हूँ।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायता "निर्दिष्ट उद्देश्य" के लिए प्राप्त की जाती है, तो मैं उस उद्देश्य के लिए ही इस सहायता का उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में धारण किया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.

(1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि को छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहर्षता को पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिक फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में माँगा है, उसे "कौशिक" एवं न्यासों, दान, याचनायाँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचार्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिक फाउंडेशन" व न्यासों अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (बिनामत होम कुरु)

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 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.

हमारे अधिकांश हस्ताक्षरी को आरंभ से मानवसंगी को "कोशिका फाइनेंस" से विनिर्दिष्ट किया जाता है, जिसे हम (इसपत्र) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही परिवार में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त रोगी/मामलें में जाँगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” में निपटार/निर्वाहगत उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा कर रहे हैं। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता मिली अधिक/सकत है तो पन्हु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भेद उक्त रोगी/मामलें हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेशन" से ती गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हस्तगत द्वारा दो खंड सलह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भीका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Anand Singh
DMC No. 18918
Shroff Baid Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व दस्तावेज नं. सहित है.

Dr. R. Harrison
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Chief Administrative Officer
Shroff Eye Centre

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इतवार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी दयाशंकर ?