

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0323/399 (223/23)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 29/3/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mr. Mohd I liyas

AGE-YEARS आयु वर्ष
61

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम Allah Baksh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

63, Lal Batti Nosh Laksi Mandi Jaspur Uthmanpura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय Rs. 100,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. लॉकर नंबर

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Anwar Begum	60	F	Wife
2	Mohd. Ghuys	30	M	Son
3	Gulshan	23	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न 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 प्रमाणित सूची संलग्न
	Diag:- RE Corneal Scar
	Surg:- RE Corneal Transplant + Ameg

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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी घोषणा विरुद्ध की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो या नहीं है, उसका उपयोग अभी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रशिक्षण की नहीं है, इस तरह का आशिक या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ 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/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.

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, या, कानून/या दूसरे उद्देश्य से खुदों की घोषणाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रसारण या प्रकाश करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता को प्राप्त करने या बदलने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से लक्ष्यीकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं पूर्ण सत्य, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ और से घोषित/स्वीकृत की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृत उस के समर्थन से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उस रोगी/रोगी के लिये किसी के सहायता समर्थन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

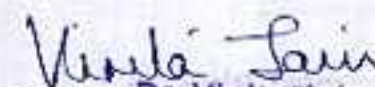
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रकृत वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किसी अन्य उपयोग/प्रक्रिया का सुनिश्चन होगा एवं हस्पताल को सैन का जवाब है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या लिम्पेंसही इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख

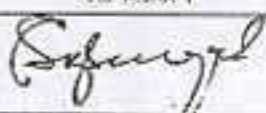
29/3/23


(Name of Dr. Vinod Jain)
उपस्थापक डॉक्टर
Dr. Vinod Jain
D.M.C. No. 8188
Shree Eye Centre


Dr. Rohit Harrison
Chief Administrative Officer
Shree Eye Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यसी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यसी हस्ताक्षर 2
