

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0522/049 (233/22) APPLICATION DATE: 19/5/22
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Ishrat Begum AGE-YEARS: 50 SEX: F
 आवेदक का नाम उम्र वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ali Hasam
 पिता/ससुरा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 95, Khempur Village, New Rahe
 वर्तमान आवास का पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
 स्थायी आवास का पता



OCCUPATION: H/W MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 25000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आप का साथ संलग्न)

PAN No. PAN नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध)
1	Ali Hasam	55	M	Husband
2	Rizwan	27	M	Son
3	Ishrat	23	F	Daughter

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


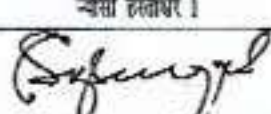
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach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

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

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिमेनर सूची संलग्न)
1	Diagnose - LE Cataract
2	Surgic - LE Phaco + IOL

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 (ले गई सहायता राशि)
NIL		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चेषना पर: 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस घोषणा के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में का गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान कर) 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. 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) अपने सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, कर्मकाण्ड द्वारा उद्देश्य से चुने गये माध्यमों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मैंने इसका जो चले या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है चुने स्वतः सहायता का प्रकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदन दान दस्तावेज का अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान कर) 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 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. 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इसमें अधिकृत, दस्तावेज की ओर से मामले/रोगी को "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 भ्रष्टकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो आपसगत किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसगत द्वितीय गदर उम्मीद की जाएगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सही गदर सहायता केवल वित्तीय उम्मीद की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और सही करने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।	
<div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति </div>	
Date of Surgery अंशुलन की तारीख 19/5/22	Dr. Vandana Gupta (Name of Authorised Signatory Medical Superintendent/Hospital) Shroff Eye Centre अंशुलन अधिकारी आर्य कॉलेज कंपनी, न्यू देहली-110048
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 