

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No: 510822/172 (472/22)

APPLICATION DATE: 25/8/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Najam Begum

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

80

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mohd. Yusuf

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

D-19, Jamia Masjid, Okhla, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

As Above



OCCUPATION: N/A

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1,00,000 (Son's Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का राक्ष्य संलग्न)

PAN No. माई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो कान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mohd. Kalam	55	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नोटे 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RF Catarract
	Sur- RF Holo Hol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

NIL

DECLARATION by APPLICANT: अत्रिलेख द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अत्यन्त सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी कार्यवाही निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता पत्र "फॉरवर्डिंग फाउन्डेशन", से तो जा रही है, उसका अर्थवत्त जहाँ उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रक्रम में प्राप्त गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि जिस सहायता से मुझे प्राप्त की गई है, उसे मैंने वह व्यक्ति या संस्था जिसकी अन्य प्राप्ति/विनियमन/व्यवस्था करने में मैंने लिया है और मैं ही व्यक्ति मैं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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/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 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 का जल्से हलकार या जॉर्जे की राय लानकर, मैं (आवेदक) अपने साक्षी को बुद्धि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उनसे जलाशय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एजन्सि नियो, रात, सन्तान/य दूसरे उद्देश्य से मुझे अभिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निबन्धन में इसका मे पढ़ने या धार में करने को लिए "कोशिका काउंटिंग" या जलाशय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से जर्मि है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सि हमारे न्युनियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असेरक के दृष्टांत या अंशों का स्थान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कंठ)

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 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.

इसके अतिरिक्त, टाकसारी को ओर से व्यवस्थितियों को "कॉन्सिडर काउन्टरपैर" के विरुद्ध सहायता देना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निज प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त सेवा/कार्य में सेवा या ले खड़े हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फायरिंग" से निपटारा/निर्दिष्ट उक्त में सम्मिलित में "कोशिका फायरिंग" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरिंग" द्वारा सहायक किसी सार्वजनिक/सरकारी सेतु मन्त्र नहीं किया जात है तो सम्मिलित किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता सेवा का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अवस्थाएं द्वितीय मदद उक्त सेवा/कार्य हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेखनीय।
2. "कोशिका फायरिंग" से तो यह सहायक केवल व्यक्ति इन्तुति की है। सेवा या सहायता द्वारा की गई सहायता या कार्य की उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेवा द्वारा सम्मिलित को सेवा का नियम है और "कोशिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिये सम्मिलित में सेवा के प्रकार चुना और अपने कार्य की साथ निम्नलिखी सेवा द्वारा सम्मिलित की सेवा और "कोशिका" की कोई सुविधा या निम्नलिखी इस सम्मिलित में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/8/22

Dr. Shubha Mehta
(Name of Doctor) Reg. No. 94798
डाक्टर का नाम, पंजीकरण नं. 94798

Dr. Vandana Gupta
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent (Hospital)
Shroff Eye Centre

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षेप 2

here