

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	SI/6921/075 (312/21)	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	23/9/21	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	NAZAR MOHD.	AGE-YEARS आयु वर्ष	50	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	MR. ABDUL MAMEED.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पाला		1602, Katta Mubarakpur New Delhi		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : राजधानी आवासीय पाला		As Above.		
OCCUPATION: व्यवसाय	Painter			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	Rs. 1.20 Lacs			
PAN No. राष्ट्रीय खाता संख्या —	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) — (आप का साथ संलग्न) —			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर खटी का निशान लगावें)				
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	Rehana	45	F	Wife
②	Hafizay	16	F	Daughter
③	Fatima	13	U	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राहायता के लिये विनाति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे उमान पत्र (प्रमाण पत्र की जाब प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव राज प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाब प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाब प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: राहायता हेतु किये गये विनाती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँड़कार से जारी की गई प्रतियोग सूची संलग्न			
	Diag:- LE Cataract			
	Surg:- LE Phaco + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य राहायता 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 राहायता राशी		
		111		

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेट द्वारा पूछा जाता है:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं शोषण करता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिये कभी विकास गंगे यानवाही के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकास एवं काम असत्य पद्धति है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- मेरे हाथ जो गहावा ताकि "कोशिका फाउंडेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की चूंकी के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- मैं चुप्त करता हूँ कि जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस गंगा वा अधिक वा गहावा का गहावा कम्बी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेट द्वारा करार)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रकार यह अप्पेलेट या अप्पेलेट की ओर लागत, यौं "अप्पेलेट अप्पेलेट करता हूँ कि मेरा नाम, पाता, जोड़ी और जो विवरण हम प्रपत्र में चाहिए है, उसे "कोशिका" एवं नामांक, दान, यानवाही यहां से उद्देश्य से यूटो निवारियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वाल्यम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रकार का विकास गंगे इतावत के छह या चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अप्पेलेट) इस जात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जठा, फोटो और विवरण जो कि तहायत के उद्देश्यों से जाखिं है हेतु रखा: तहायत का इकाय नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अधिकृत और व्यवस्थापनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेट के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

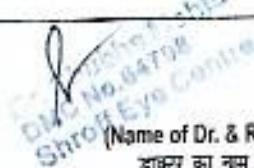
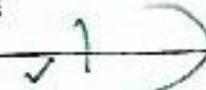
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, इतावती की ओर से भल्लते/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध राशियां हेतु विफलीय की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार में यात्रा व स्वीकार करते हैं।

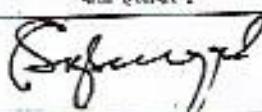
- यह कि न तो आमता और न ही भविष्य में विविध राशियां किसी भी तरह उपलब्ध संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त ठेऊ/व्यवस्था में होने या ले ले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवारित/निर्दित उक्त की सम्पत्ति एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ताकि निम्न नहीं किया जाता है या अस्तित्व नहीं रखा जाता है। यह कोशिका फाउंडेशन की सम्पत्ति एवं राशियां या विवारित राशियां हैं। इस पूर्ण में रखने का अधिकार मुख्यतः रखता है। इस पूर्ण में रखने का अधिकार मुख्यतः रखता है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं राशियां कोई नियम प्रकृति की हैं। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई राशि या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच जा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" हमने किसी प्रकार का कोई राशि नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में योगी के इतावत सुलभ और अप्पेलेट की साथी विवेदित योगी एवं हस्ताक्षर की ओर "कोशिका" की ओर भूमिका वा नियंत्रणी हस्ताक्षर में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
रखने के लिए संस्कृति

Date of Surgery अप्पेलेट की तारीख 23/9/2021	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोगी का नाम	 Dr. Vandana Gupta (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory MD, MS, MBBS, MRCOG, MRCR, MRCP, MRD on behalf of Hospital) Medical Superintendent Shroff Eye Centre कृति वृक्ष हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Shroff Eye Centre, New Delhi-110048
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION A-9, Sector 10, Noida, Uttar Pradesh-201301, New Delhi-110048

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

