

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/1022/217 (533/22)

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/10/22

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Mr. Shikha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60/1

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Mohd. Iqbal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

R2-236 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION :

व्यवसाय

N/A

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.50 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य 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 चिह्न लगाएं)

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
1	Iqbal	62	M	Husband
2	Janeel	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विविध आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञापन 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 को ज्ञापन प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag 1- RE Connect
	Surf- 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 है?

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

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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता राशि "आंशिक फाइनेंसिंग", के लिये वांछित है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं प्रतिबद्धता करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप भरा नहीं है, उक्त राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अयेंदक) अपनी सम्मति की पुष्टि करता हूँ एवं “कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय” से अभिज्ञत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे “कांशिका” द्वारा व्यापारी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्प्रत्य से प्रमाणित करने के लिए अधिष्ठत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए “कांशिका फाउंडेशन” या न्यासी अधिष्ठत है।

साथेंदक के हस्तक्षेप या अंगुटे का निशान

SHEHNAZ IQBAL

Dr. M.

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.

1) यह कि न तो कर्मभूमि और न ही भूमिधर्म में विविध सहायता किसी भी सांस्कृतिक संरक्षण का किसी अन्य खोज से ऊपर रोने/पापले में लेने या सो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफ्टिंग/विनिर्माता ऊपर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्माता अधिक/सकत हेतु मदद नहीं किया गया है तो संरक्षण किसी अन्य भी सरकारी सौध या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर तक रोने/पापले हेतु किसी भी सरकारी सौध या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हमसल द्वारा की गई सहायता का कितने गये वपचारप्रक्रिया का चुनाव ऐसे एवं हमसल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए हमसल से लोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारे जिम्मेदारों रंगी एवं हमसल को रंगी और "कॉशिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकर्ता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
जॉइन्ट को ठाण्ड

20/10/22

(Name of Dr. & Resident with Stamp)
डा. कल्याण दाम व. हावकर व. हावकर

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हलाका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर २

Erklärung

here