

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या : C/0320/0507	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 05.03.2020			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Sakoozi	AGE-YEARS आयु-वर्ष 74	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्न्या का नाम kamaludin				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chandigheri Kabeerwada Jahanpuri Sahatnampur Kabeerwada Jahanpuri Uttam Pradesh 247129				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता As Above				
OCCUPATION व्यवसाय House Member	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 60,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थायी छत्ता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		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)	Riyasat	31	M	Son
(2)	Fadulle	30	M	Son
(3)	Muhsalin	28	M	Son
(4)	Arshad	27	M	Son
(5)	Hasmuella	31	F	Daughter in law
(6)	Sanjeeda	28	F	Daughter in law
(7)	Nasreen	25	F	Daughter in law
(8)	Ahmeda	20	F	Daughter in law
(9)	Arif	05	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE IMSC LE IMSC			
(3)	Surgically - RE STCS 710L			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 ती गई सहायता राशी		
(1)	SCEH			



Pre op Postop  
0507 Sakoozi

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण, मुझे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलने पर, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में पता लगा है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रत्यय में घोषित है, इसे "कोशिका" एनएम न्यासीयों, राय, पाठकों/या दूसरों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यय का विवरण मेरे प्रत्यय के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चिकित्सकीय को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु पत्र नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारियों इन मामलों में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**VIVEK RANA**  
Administrator  
Dr. Simof's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
**05.03.2020**

**Dr. SEEMAL GOYAL**  
M.B.B.S., M.S. (Ophthalmology)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासी हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासी हस्ताक्षर 2
	