

SRE - C - 26 - 02 - 1471

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S1022610937

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/09/20

NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला : Mr. Abdul Aziz Bhat

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 78
SEX / लिंग : M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सुपुता का नाम : Late. Mr. Ghulam Nabi Bhat

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास / पता : VEHAL bun pasia Vahal Chatter, watan Shopin, Shuplyan Jammu Hind Kashmir 192302

PASTE PHOTO HERE
Rene op postop
Mr. Abdul Aziz
(0937) Bhat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास / पता : Same as above

OCCUPATION / उद्योग : Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 47,000

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत प्रस्तुत करें) : NA

PAN No. / पान संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देते हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) : Yes / No : No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करे वाले से क्या संबंध
(1)	Isfah	39	F	Son
(2)	Radia	37	F	Son
(3)	Hamsida	30	F	Daughter in law
(4)	Rashmal	27	F	Daughter in law
(5)	Gulshan	28	F	Grand son
(6)	Arman	18	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Dated Copy) / नवीनी सेवा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Caste/PwD / अन्य कोई श्रेणी
--	--	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता के लिए किसे लगे किसी का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाखत से जुड़े कोई भी उचित/सही प्रमाण
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with pmma

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCE / क्या सहायता के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / सी. में सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान सोपान पर:

- 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 the assistance is requested.
- मैं यथार्थता के साथ इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हों। यदि कोई किरदार एवं कसब असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्रों को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं इस बात में यथार्थता के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यथार्थता के साथ यह भी सुनिश्चित करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को नहीं हूँ। उस राशि का अधिक या कम किरदार किसी अन्य प्रायोजक/बिमा कम्पनी से प्राप्त किया है और न ही अधिक से अधिक।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदन दान करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/submit-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 fulfillment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने में अधिकार है, जो "कोशिका" द्वारा कसब, प्रचार, प्रचारण या दूसरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए जानकारी और सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का किरदार को इसका उपयोग करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के लिए प्रेषित है। प्रेषित सहायता का उपयोग नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा कसब-व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन दान दाता का नाम या बायाँ अंगूठे का निशान

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL: (सहायता दान 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/consumed 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.

सहायता प्राप्त करने, दाताओं को जोड़ने या प्राप्त करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बित्तु इस (सहायता) वित्तु प्रसार से लाभ के स्वीकार नहीं है।

(1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी या केस के लिए प्राप्त करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश प्राप्त करने के स्वरूप में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत स्रोत से प्राप्त नहीं की जा सकती है, तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत रहेंगे। यह सुनिश्चित करता है कि हमारे पास सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

(2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है, रोगी पर इस्तेमाल करने को नहीं किया जा सकता/प्रक्रिया को सुनिश्चित करने के लिए। इसका उपयोग रोगी के चिकित्सा प्रक्रिया के लिए नहीं किया जा सकता। इस प्रकार रोगी को सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता के स्वरूप में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने का कोई विकल्प नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोगी को सहायता प्राप्त और अपने नाम को सही विवरणों को सही रूप में प्रेषित करने के लिए "कोशिका" को कोई भी सहायता या सिफारिश प्राप्त करने के लिए नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/07/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल का रजि. नं.


Signature & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital
रोगी के नाम पर सहायता सिफारिश करने वाला अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों के दाताओं)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों के दाताओं)
	