

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/6818/204 (1022/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 13/8/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Kalukhan
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Gufoor Khan
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

F-330, JJ Camp Tughlaq New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Aligarh U.P.



OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर झंझी का निशान लगावे)

Yes (No)
हां / 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)	Noor Jahan	48	F	Wife
(2)	Aslam Khan	28	M	Son
(3)	Ashraf	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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 प्रतियोग्यता सूची संलग्न
	Diagn: LE Cataract
	Sur: LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
सहायता के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिखा गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कौन सा सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो भेंटें अस्वीकार करने की जा सकती हैं।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिले, तो उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में किसी भी प्रकार से, आंशिक या पूर्ण रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता मिले और न ही वापस ले ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)

- 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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि भेंट मांग, प्राप्त, भेंटें और वे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एल्यू-मिनेशन, दूर, कक्षा/कक्षा द्वारा उद्देश्य के लिये प्रचारित/प्रचारित और इत्यादि के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण भेंटें प्रदान करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेंट मांग, प्राप्त, भेंटें और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू-मिनेशन के न्यायी अधिकृत और अंतिम होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

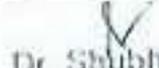
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

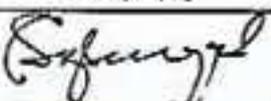
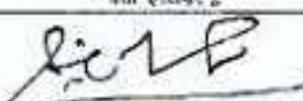
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कक्षा)

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/संभव हेतु सम्भूत नहीं किया जाता है तो आपदातन किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय है, उक्त रोगी/रोगी के लिये निम्नी के सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई रोक नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर के रोगी के इलाज/उपचार और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेते एवं हस्ताक्षर की भेंटें और "कोशिका" की भेंटें सुनिश्चित या जिम्मेदारी इस मामले में ली जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख (3/8/18)	 Dr. Shubha Mehta DMC-04/98 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व इलाज व रजि. नं.	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital) A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--