

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of the

APPLICATION No.: S/1018/265 (148/18) APPLICATION DATE: 12/10/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. S. M. ALAUDIN AGE-YEARS आयु-वर्ष 67 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Abdul Ghafoor
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
H.N. 8, St. No. 5, Besham Nagar, Faridkot

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above



OCCUPATION: Tailor (व्यवसाय) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 60,000/- (आप का वार्षिक आय) (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थान खाली छोड़ें
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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	Harmida	65	F	Wife
2	Tarikh	35	M	Son
3	Nigro	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Spec:- 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 इस सहायता का राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रपत्र 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 इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार की मदद, उस काल तक कोशिका या सहायक द्वारा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले दिये जा सकें और न ही यह मदद किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

1) 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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके न्याताओं को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से मुझे उपलब्ध कराने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" या न्याताओं 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 स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

S.O. Alankar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को दर्शाते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेनी या ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्णय के तहत के समर्थन में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्त आदि सहायक द्वारा प्रदान की जायेगी तो आपस में किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य सहायक संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में रखते हैं कि सहायता के लिये हमारे पास कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

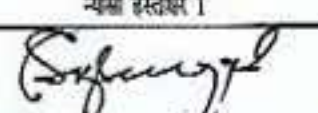
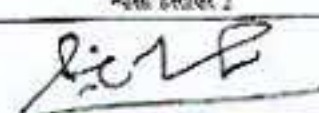
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12-10-18	 Dr. Varshini Shanker DMC No 43714 (Name of Doctor, No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. V.P. Thakral Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048 आर्य समाज अस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2 
--	---