

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. 510119/364 (795/18) APPLICATION DATE: 14/11/19

NAME of APPLICANT: NAME आवेदक का नाम MR. NOOR JAHAN AGE-YEARS आयु-वर्ष 42 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तु का नाम Mohd. Yasir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता Lok Priya Vihar, St. No-12, Gurgaon H.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता As Above

OCCUPATION: व्यवसाय Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs. 75,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (नो 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Mohd. Yasir	45	M	Husband
2	Fahreen	24	F	Daughter
3	Mohsin	22	M	Son
4	Saif Ali	20	M	"
5	Aarif	18	M	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छवि छवि 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	Diagn. RE Cataract
2	Subst. RE Phaco + IOL
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

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 ली गई सहायता राशि
1		
2		
3		
4		
5		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैंने प्राप्त है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में लिखे विवरण के लिए, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस प्रति का अधिक या कमतर हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा सहमति)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एवं व्यक्ति, घर, व्यवसाय एवं वस्तुओं से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निष्पत्ति मेरी हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में लचीला बनेगा।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्णतः सत्य; सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस दस्तावेज में "कोशिका" एवं उसके त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और संप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) अपने प्रस्ताव से साथ ही स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारा प्रस्ताव प्रदान करने के लिए हमें अधिकृत होगा। यदि सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारा प्रस्ताव प्रदान करने के लिए हमें अधिकृत होगा। यदि सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारा प्रस्ताव प्रदान करने के लिए हमें अधिकृत होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं किया जा सकता है कि मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में मेरी कोई शर्त/प्रस्ताव और मेरे जाने जाने की कोई जिम्मेदारी होगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16.10.19

Dr. K. S. Mehta
DMC No. 64798
Shroff Eye Centre
Shroff Eye Centre

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V. P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent or in Charge of Hospital)
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2