

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION No.: 510119/364 (795)18
आवेदन संख्या :

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

APPLICATION DATE: 14/11/19
आवेदन मिति

Koshika
foundation
Building Block of Me.

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम **MRI NOOR JAHAN**

AGE-YEARS वायु-वर्ष
आवेदक की उम्र 42

SEX लिंग
F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/जड़पति का नाम **Mohd. Yusif**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान बासान्त्रय पता
Lok Darya Vinay, St No-12, Gomti nagar 11



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासान्त्रय पता

As Above

OCCUPATION: **Housewife**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **Rs. 75,000/- (Family Income)**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य संलग्न)

PAN No. एपीएन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
आप जात आय कर दाता है (ये जान फौ उस पर सही का निश्चय लगायें) **Yes / No**
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वायु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Mohd. Yusif	45	M	Husband
②	Cashreen	24	F	Daughter
③	Moham	22	M	Son
④	Saif Ali	20	M	/
⑤	Aeef	18	M	/

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विविध अधार

BPL Card (Attach Card Copy) जीवी ऐड के लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की साथ छोटी संलग्न करें)	EW9 Certificate (Attach Certificate Copy) जीव आव ऑफिस पत्र (प्रधान पत्र की जीव आव ऑफिस संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की उपभोक्ता कार्ड संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof जीव कोई साथ
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये जाने विविध का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
Digit: RE Certificate	

Sub:- RE Photo + ID

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता लियी जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गयी सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश ने दिये गए सभी जिक्रों द्वारा बनाए गए हैं। यदि कोई विकल्प ऐसा जगह आवश्यक होता है तो मैं उसका निकाल की जगह है।
- 5) मैं इस के सहायता ग्राही "कोशिका फाउंडेशन", ये सब जाते हैं, उसका उपर्युक्त वार्ता उद्देश्य जो पूर्ण भौतिक विकल्प या विकल्प नहीं है। इस प्रकाश में यह नहीं है।
- 6) मैं यूटील जाता हूं कि विकल्प कामयात्रा के अधीन होते हैं, इस दौरान का अधिक या उचित विकल्प निकाल अवश्यक है जो नहीं है। और न ही अवश्यक है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा)

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 प्रकाश पर आवेदक द्वारा घोषित की जाने लायका, मैं (आवेदक) आवेदक कामयात्रा के अनुरूप करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकनों" जो अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, परिवार की ओर या विकल्प इस प्रकाश में दर्शित है, वो "कोशिका" एवं नामी, या, बास्तविक या उसके उद्देश्य से दुर्भाग्यीय भौतिक विकल्पों के लिये निकी भौतिक विकल्पों के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विकल्प में इसका कोहले वाले या बारे में वरने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न लगाया जायेगा है।

2) मैं (आवेदक) इस दौरा में लगाया हूं कि मेरा नाम, परिवार की ओर या विकल्प जो कि विकल्प के अनुरूप से दर्शित है भौतिक विकल्प का इनाम है इस दौरा की अवधि इस प्रकाश पर अधिकृत की जाती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : 
आवेदक की इमायरा वा छान्दो का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तमात द्वारा घोषणा)

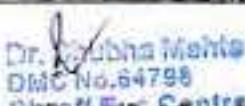
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither do 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.

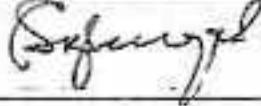
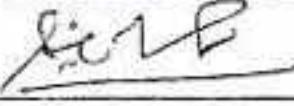
इसी अधिकृत, इस्तमात की ओर से घोषित की जाने वाली "कोशिका फाउंडेशन" से दिलीप गुप्ता द्वारा दिलाई गई जाति है, जिसे यह (आवेदक) निम्न प्रकाश में जाप व स्वीकार करते हैं:

- 1) कि कि न तो चर्चावाले और न भौतिक विकल्प वाले विकल्प की ओर बदलाव या नियोजन लेने से एक विकल्प की ओर जाने के लिये, जो कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विकल्पानुसारि इसके साथ या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शित है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विकल्पानुसारि भौतिक विकल्प की ओर जाने की विकल्पी अन्य विकल्पों से अलग या विकल्प विकल्प की ओर बदलाव लेने का अधिकार गुरुत्वात् रखता है। इस दृष्टि में रखने कहा जाता है कि अपनाने दिलीप गुप्ता द्वारा इसकी विकल्पी अन्य विकल्पों से अलग विकल्पी है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लोग भौतिक विकल्प की ओर जाने की विकल्पी अन्य विकल्पों से अलग विकल्पी है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा विकल्पानुसारि इसके साथ या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विकल्पी अन्य विकल्पों से अलग विकल्प की ओर जाने की विकल्पी अन्य विकल्पों से अलग विकल्पी है। इसलिये इसका यह विकल्पी अन्य विकल्प की ओर जाने की विकल्पी अन्य विकल्पी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संलग्नि

Date of Surgery अपरोत्तम वार्षिक 1/4/14	Dr.  Dr. Sudha Mehta DMC No. 64796 Shroff Eye Ctr. Signature & Regd. No. with Stamp 1/4/14 द्वारा का नाम के हस्ताक्षर वर्णन	Dr. V.P. Thakral <small>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent & Head of Hospital)</small> SHROFF EYE CTR. A-9, Kaleshi Colony, इस्तमात अधिकृत विकल्पी Signature Date: 1/4/14
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--