

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0219/389 (208/19) APPLICATION DATE: 1/2/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदन का नाम 48 M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Akbar Ali
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Servant at Villa-2, A7S, Vill, Sector 3 Noida

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
UP



OCCUPATION: Servant MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्वयं छात्रा संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छी का चिह्न लगाएं) 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
01	Akila	42	F	Wife
02	Anwar	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता की निम्न विधि अपनाएं

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित नुस्खे संलग्न
	Diagn: RE Cataract Surgery
	Surg: RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 AWAILED मिली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करना:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान दूँगा तो मेरी प्रार्थना एवं सहायता कागज को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सच बताया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायक हेतु पर भविष्य में कोई भी, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्व्यू न्यूज, चैन, पत्रिका/पत्रिका द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के प्रयोग के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न भेजा जाएगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रयोग के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त नहीं किया जाएगा। इस फॉर्म पर "कोशिका" एम्व्यू न्यूज, चैन, पत्रिका/पत्रिका का प्रयोग और प्रचारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप।

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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:

- 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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रचार से माध्यम से नहीं प्राप्त करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, जो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने वाले हैं, जिससे हम "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता न मिले, तो हम सहायता को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं। इस घोषणा से स्पष्ट है कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने वाले हैं, जो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश करने वाले हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा उपचार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और चिकित्सा उपचार को पूर्ण रूप से "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 1/2/19	<i>(Signature)</i> Dr. S. Subha Mehta M.D. (Ophthalmology) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व सील	<i>(Signature)</i> Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व सील
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>