

09/02/0056

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.: V/0219/1076
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 06/02/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Jafaruddin

AGE-YEARS अनु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

S/o Vidha Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - neemgaon, Raya

Distt - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1076) Jafaruddin

OCCUPATION:
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 से संबंध
1	ROSHAN	60	F	WIFE
2	Irsad	20	M	SON
3	Sahabuddin	38	M	SON
4	Kamla	36	M	SON
5	Rajuddin	35	M	SON
6	Tanuddin	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 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
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (IE) Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	SCHEM	

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 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 assistk 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य प्रमाण पत्रों द्वारा ही तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशल विकास योजना", से ही वांछित करी, समझ करके ही उचित की पूर्ति के बिना आवेदन, जो इस प्रमाण में चरम तक है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दिया है, उस प्रति या व्यक्ति पर भरोसा किया किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर का अंगूठा जोड़ें और साक्ष्य दें। (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके ग्यासीयों" को अधिभूत करता है कि वेरा पत्र, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, धन, वायव्यका द्वारा इस्तेमाल से कुछी प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने में तिरु अधिभूत है। गी प्रश्न का विवरण गी इत्यादि के पक्षों का पक्ष में करने को तिरु "कोशिका फाइटेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस पक्ष से साक्ष्य हूँ कि वेरा पत्र, पत्र, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य में इस्तेमाल में शामिल हैं मुझे स्वतः साक्ष्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का प्रमाण अधिन और मायकावरी होता।

5140, 07

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अभिप्राय, इमारतों की ओर से समन्वयेपूर्वक को "कॉलेजियल एन्वायरनमेंट" को किरिय सहायता देना सिवाजीत की बातें हैं, जिसे हम (सम्प्रदाय) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न के महामय और न ही भविष्य में विहित सामान्य किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से जमा होती-रखनी में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोटिका फाउन्डेशन" से सम्बन्धित/विशेष रूप से सम्बंध में "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विधि अधिनियम/अनुसूची हेतु बनाने की नियम बना है तो अनुसूचित किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनुसूचित विहित मगर उक्त ऐसी/वापसे हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं ले-देती।
- 2) "कोटिका फाउन्डेशन" से ही वह सामान्य केंद्र विहित प्रवृत्ति रही है। ऐसी पर हमारा द्वारा ही गई साक्षात् या बिना गये अनुसूच/प्रक्रिया का पुराने ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय ही और "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा खाते है। इसलिए हमारा में ऐसी के इनक ट्रांसफर और जाने जाने को सारे दिनों के लिए ही और "कोटिका" को कोई नुकसान या दिक्कतों इस प्रकार में नहीं होगी।

Sign.

ਸ੍ਰੀਯੁਕਤੀ ਦੇ ਲਿਖ ਸੰਸਕ੍ਰਿਤਿ

अपनी प्रशिक्षण भी करीब

07/02/19

(Name of Cr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का समय व कमलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम च पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE

मागील काळात ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्रधनु ३