

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S10719/160 (1415/19)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 20/7/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mr Mohd. Umar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

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

Mohd. Saeed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

12/147 Vijay Mohalla Mangpur Deller

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Self occupied

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs. 96,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रमोई रहता संख्या

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

Yes/No
हां / 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 सम्बंध
1	Shabnam	46	F	Wife
2	Umar	25	M	Son
3	Umar	28	M	Son
4	Nagman	18	M	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे गने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Drogu LE Catracat
2	Euro LE Place-HOL

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 ले गई सहायता राशी
1		
2		

[illegible]

- 1) मैं धीरे-धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाये तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की सहायता राशि "बीशिका फंड" में, मेरी जा रही है, उसका उपयोग करने उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य को-रिसेप्ट-कीट कम्पनी से मैं तो प्राप्त है और मैं भी अधिकार में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सामग्री को सुविधा बताते हुए "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा व्यक्तिगत, राजस्व, सार्वजनिक दूरदर्शन में मुझे लीटिगिण्डों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिये अधिभूत है। मैं इस प्रपत्र का विवरण में हस्ताक्षर के जहाँ या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अधिकांश में इलाहाबाद या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH DATE HERE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिकतर, इसकाहरी की ओर से समर्थन/रूपी को "कोशिका चारमंडल" से विविध साधना से सुनिश्चित की जाती है, जिनमें हम (इसकाहरी) विषय प्रसार से मान्य व प्रभावित होते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वत्र और न ही अधिक में विविध सामान्य किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च लेगी/प्राप्ति में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेरा" से विपणन/विनिमय उच्च को अधिक में "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा मर रहे हैं कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा सामान्य विपणन अधिक/अवसर हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामान्य से सामान्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उच्च लेगी/प्राप्ति हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टेरा" से लेने या सामान्य लेने विविध प्रवृत्ति की है। लेनी या इस्तेमाल द्वारा दो नई इलाज या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य लेनी एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में लेनी को इलाज सुझा और लेने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं इस्तेमाल को लेनी और "कोशिका" की कोई प्रवृत्ति या जिम्मेदारी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

इयोनररी के लिए संस्तुति

इयोक्तृता के लिए संस्तुति

Medical Superintendent

HROP-EYE-CENTRE

SHROPSHIRE EYE CENTRE

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

नाम व रु. इत्यन्तल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Gurpreet Singh

DMC No. 8252

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नमूने इस्तेमाल न करें. २.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्त्येक उपपत्तिः ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी महाराज ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर १