

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : DEL/0819/0011 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 1st Aug 2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
Shakila		70/2	Female	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम				
Ali mohammed				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
vill- Rashtra, Chhapra Bazar				
Dist - Baghpat U.P.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता				
vill Rashtra, Chhapra Bazar				
Dist - Baghpat U.P.				
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित)		
Housewife		NA		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
.		NA		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर छापी का निशान लगाएँ)				
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 के साथ संबंध
1	Ali mohammed	62/4	male	Husband
2	Raju	25/4	male	Son
3	Sahil	18/4	male	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सही रेखा को 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)		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				
RE :- Senile cataract				
LE :- Senile cataract				
SURGERY :- (LE) SICS + PIOL.				
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 लौं गई सहायता राशी	



PRE OP (COOH) POST OP Shakila

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर करेक करे)

- 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 as liable for rejection/revocation.
- 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य अथवा दावा सत्य है तो मेरी जानकारी के बिना मैं इसे सच मानूँगा।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से कह रहा हूँ कि यदि मुझे "उद्देश्य" के लिए सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता के लिए या पूर्णतः या आंशिक रूप से सहायता के लिए आवेदन नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर करेक करे)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 या बाएँ की उंगली का छाप देकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से कह रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त की जा रही है, और मैं इन विवरणों के माध्यम से, जिसमें वार्ता, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए सहमत हूँ। इस प्रश्न पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः या आंशिक रूप से पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः या आंशिक रूप से पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है। इस प्रश्न पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः या आंशिक रूप से पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यर करेक करे)

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.

- 1) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से कह रहा हूँ कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए या पूर्णतः या आंशिक रूप से सहायता के लिए आवेदन नहीं कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रश्न पर हम यकीनपूर्वक रूप से कह रहे हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध/प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

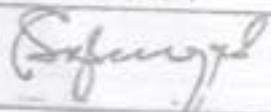
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तिथि
2nd Aug 2019

Dr. SHALINDER SABHERWAL
DMC No.-5789
Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
नाम व पद/निर्देशन के साथ अधिकृत हस्ताक्षर
SHANTANU DAS GUPTA
GM, Koshika Foundation & Prerna
Dr. Shroff's Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2
