

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 510819/202 (888/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 30/8/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shohabuddin,

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

M

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

Shoib Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

R-361/a Jagahai, Akhla New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Tailor
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 72,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाली संख्या

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

Yes (हाँ)
No (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)	Rashma	39	F	Wife
(2)	Talha	14	M	Son
(3)	Tahnoom	13	F	Daughter
(4)	Adarsha	6	F	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

GPI Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWI Certificate (Attach Certificate Copy) बाल्य 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 दिये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: IE Cataract
	Pres: IE Phacoidal

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
हा उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किता अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञान. ह्ये धेयता प्रः**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कारण/उद्देश्य", से जो कि सही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धन/कर्मचारी/बचत से न ही लिया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान दाता द्वारा)

- 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/post-up/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठ के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एनएन आईआई, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी कतिपयियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न या विषयक मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राथित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आईआई न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) heroby 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.

हमने अधिकतर, इस्लामी की ओर से गायत/फैदी की "बहरीका प्रत्यर्पण" से संबंध स्थापित हो सिफारिश की बाब है, जिसे हम (अपगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही परिवर्तन में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उभर ऐंगी/पापले में लेगी या ले रहे है, जैसे कि अपने "कोरिक्वा फाउन्डेशन" से विचारित/विनिर्दिष्ट उभर को सम्बन्ध में "कोरिक्वा फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है यदि "कोरिक्वा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृतकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार प्रकटित रहता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वारा उभर उभर ऐंगी/पापले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोरिक्वा फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। लेगी या अस्पष्टता द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष लेने एवं अस्पष्टता को बीच का विषय है और "कोरिक्वा फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये अस्पष्टता में लेगी के द्वारा प्रकृत और उभर जाने की तरी विनिर्दिष्ट लेगी एवं अस्पष्टता को लेगी और "कोरिक्वा" की कोई परिवर्तन या निष्कर्षों इस सचको में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संश्लेषित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2018/11/17

Dr. Shubha Mehta
OMC No. 54798
Stroff Eye Centre
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048
डॉ. व.प. ठाकराल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी प्रसाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इन्दाव 2