

019/10/0310



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)**

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C1101910225 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 16-10-2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Saida Khatun AGE-YEARS वय-वर्ष 48 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम W/O Sajjan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Vikas Nagar Road Mohila Khabrah  
Behat Post Behat Tahsil - Behat  
Dist Saharanpur Uttar Pradesh 247161

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
As above



Preop Postop  
Saida 0225

OCCUPATION : व्यवसाय House maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 56,000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA

PAN No. पैन संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध |
| (1)                         | Sajjan   | 52                      | M           | Husband                                      |
| (2)                         | Haidas   | 17                      | M           | Son  |
| (3)                         | Salmeh   | 14                      | M           | Son  |
| (4)                         | Sofiya   | 12                      | F           | Daughters                                    |

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

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> 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 कटे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| (1)                 | Diagnosis - RE IMSC<br>LE IMSC   |
| (2)                 | Diagnosis - LE SICL + IOL  |

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 जो गई सहायता पूरी |
|---------------------|--|--|
| (1)                 | SCCH                                   |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता अथवा सच नहीं है तो मेरी सहायक निवेदन को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो राशि मिलेगी उसे पूरी या आंशिक रूप से वापस नहीं लेना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रदर्शन से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से अधिकृत करने के लिये अधिकृत है। मैं आवेदन का विवरण सही जानकारी के साथ या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपयोग लेना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस आवेदन में घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रदर्शन से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों का प्रचार अधिकृत और अधिकृत होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निवेदन



**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 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.

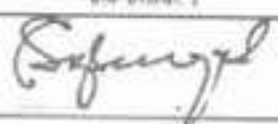
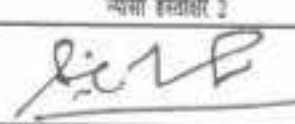
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/सिफारिश के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करके सहायता ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कर दिया जाता है कि हमें सहायता हेतु किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से नहीं लेना होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

|   |   |   |
|---|---|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>16.10.2019</b> | Dr. Monali Rathod<br><b>DR. Monali Rathod</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं. | <b>ANIL K RANA</b><br>Administrator<br><b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>रोग व रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|---|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|  |   |
|--|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>दूसरी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>दूसरी हस्ताक्षर 2<br> |
|--|---|