

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: 5/1119/291 (1977/19) APPLICATION DATE: 15/11/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Aminur AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50 SEX लिंग: M  
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 558/12 Gandhi Camp Sakinaka Punjab N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: N/A Above



OCCUPATION: Embroidery MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 lacs (Attach Proof of Income) (जय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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)	Anjum	45	F	Wife
(2)	Ashiq	25	M	Son
(3)	Fiaz	20	M	Son
(4)	Shehreen	18	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिखे गये बिमारी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagn- LE Cataract
2	Sux 1- LE Phaco+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 सी गई सहायता राशि
<del>NIL</del>		

**DECLARATION by APPLICANT. (आवेदनक द्वारा घोषणा करः)**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सच्यता नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच तथा है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस मदद का व्यय या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करः)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सम्मति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनपी जेड, वार, कानपुर/या दूसरे उद्देश्य से मुझे परिचर्याओं और उपचारों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में न्यारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी जेड त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*AMINUS*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करः)**

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से नामलेखने को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पान करने में हमें या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिशि उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित ऑफिशियल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो सहायता किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषित में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता वित्तित पत्र उठा लेने/पान करने हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पान करे।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने को सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियां इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/11/20</p>	<p>Dr. Shubha Mishra DMC Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp R. S. A. Shroff Eye Centre</p>	<p>Dr. V. D. Sharma Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent on behalf of Hospital SHROFF EYE CENTRE A-2, Kailash Colony New Delhi-110048</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>