

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: S11119/294 (19/09/19)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/11/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sabie Ali  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष  
60

SEX लिंग  
M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तव आवासीय पता

F-252, St. No 15 Sangam Vihar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Tailor  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

Yes/No  
हां/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1                      | Naseer Jahan                                      | 55                         | F              | Wife  |
| 2                      | Akram   | 35                         | M              | Son   |
| 3                      | Ashraf  | 32                         | M              | "   |
| 4                      | Abid  | 26                         | M              | "   |

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

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से बायो को र्थ प्रतिक्रियेन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagn: LE Cataract   |
|                        | Subst: LE Phaco + IOL  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस र्थ सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
|                        | All                                       |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दारा 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई ग़लत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि नहीं लेऊँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ., पत्र, सार्वजनिक दूरदर्शन के मुद्री गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. न्यायिकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*साधिका मोहा*

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

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्ताव/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/कमतरा हेतु मन्तर नहीं किया जाता है तो हमारा निष्कर्ष अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट उक्त उक्त है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त संगठन/स्रोतों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है। ऐसा कि हस्पताल द्वारा ही ही सहायता या विषय में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को ही सहायता देनी है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा व रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ ही हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/11/19</p> | <p><i>Dr. Shubha Moha</i><br/>DMC No. 54796<br/>Shroff<br/>हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र, न.</p> | <p><i>Dr. V.P. Thakral</i><br/>Medical Officer &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>SHROFF EYE CENTRE<br/>A-3, Kailash Colony<br/>New Delhi-110 045<br/>हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|   |   |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नामों हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नामों हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p>                           | <p><i>[Signature]</i></p>                           |