

Del-19-12-1054

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **Del/1219/0062**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **2019/02/05**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **Anwari**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **50**
 SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **Mohammad Umar.**
 पिता/कटुम्ब का नाम



Present of **Anwari**
 Past of **Anwari**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Gnan Sadakpur Sinoli, Sadakpur Sinoli, Baglipat, Sadikpur Sinoli, Uttar Pradesh 220601

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : **Labour.**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **45000/-**
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) **NA**

PAN No. स्थान लेख संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निश्चय लें।) **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 सम्बन्ध
1.	Mohd. Umar	65	M	Husband
2.	Md. Isa	32	M	son
3.	Md. Musa	30	M	son
4.	Salim	28	M	son
5.	Yusuf	27	M	son
6.	Islam	26	F	son
7.	Shabizana	28	F	Daughter in law
8.	Mushtaq	26	F	Daughter in law
9.	Soni	24	F	Daughter in law
10.	Amrita	23	F	Daughter in law

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें।)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें।)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र 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 जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RT :- Scanned XMM
	UR :- Sewile Cataract
	Surgery :- LR Placo with PVA

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 तो गई सहायता रकम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 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 nature for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी प्रकार का भुगतान या अन्य सहायता/व्यय/बीमा कम्पनी से न हो लिये जाये और न ही क्लेम किया जा सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, दान, संचालन/युद्ध उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता या उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वक्त लेनी/पाने में लेगे या हो जाये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरियर/कितनी उम्दा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य वेर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कर जाता है कि आस्पताल वित्तीय मदद उक्त संस्थान/स्रोत हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी का हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुस्खा देनी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुझा और आने जाने को साथी जिम्मेदार लेनी एवं हस्पताल को दोरी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदार इस मामले में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख 2019-02-06</p>	<p>(Name of Dr & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व-रेजिस्ट्रेशन नं. के साथ FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) नाम व-पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी Dr. Manjiv Das Gupta Koshika Eye Hospital</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safarjani</p>		<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 S. L. P.</p>