

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 0320/452 (20/20) APPLICATION DATE: 16/3/20  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mohd Islam AGE-YEARS 63 SEX M  
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Servant at D-37 Condemned Road, New Delhi  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: U.P.  
स्थायित्व आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छाना संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चर्की का निशान लगावे): हाँ/नाहीं

**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                      | Asma Begum  | 60                         | F              | Wife  |
| 2                      | Mohamad   | 30                         | M              | Son   |
| 3                      | Zeeta Hoshad                                      | 25                         | F              | Daughter  |

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| DPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>यदि कोई रेखा के नीचे प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पर की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1                      | Dingo - RE Cataract  |
| 2                      | Suri - RE 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| <del>None</del>        |   |   |

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

- 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 सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई सहायता प्राप्त करे और न ही भविष्य में ऐसा करे।

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

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, दान, सहायता/सुविधाएँ इत्यादि के माध्यम से संचालित करने के लिए प्रयोग कर सकें। इस प्रारूप पर हस्ताक्षर करने के पश्चात् या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में किसी भी प्रकार की जिम्मेदारी नहीं होगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मा. 52-14

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले से सम्बन्धित कोशिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न 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 उक्त रोगी/रोगीके लिये लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर करने वाले और रोगी के बीच या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अन्तर्गत यह स्पष्ट किया जाता है कि हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउण्डेशन से सहायता लेने का कोई भी अधिकार नहीं है।
  2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता के बिना गैर-वित्तीय सहायता का प्रस्ताव रोगी एवं हस्ताक्षर करने वाले का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले को रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही चिकित्सा हेतु एवं हस्ताक्षर करने वाले और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|  |   |
|--|---|
| <p><b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b><br/>स्वीकृति के लिए सिफारिश</p> |   |
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16.03.20</p>           | <p style="text-align: center;">Dr. V.P. Thakral<br/>Medical Superintendent<br/>SHROFF EYE CENTRE<br/>A-9, Kailash Colony<br/>New Delhi-110048</p> <p style="text-align: center;">(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> |

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|  |   |
|--|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p style="font-size: 2em; font-family: cursive;">Sufyan</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p style="font-size: 2em; font-family: cursive;">[Signature]</p> |
|--|---|