

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 510518/098 (577/18)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/5/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ram Brij

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

45

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chandrakala

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-139, Navjyoti Camp Gurgaon, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Icecream Seller

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 75,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. यदि खाता संख्या

-

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (No)

हां / 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)	Chandrakala	43	F	Wife
(2)	Vishal	12	M	Son
(3)	Dipesh	9	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की 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 की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सुचो संलग्न
	Diag: IE Endocard
	Exst: 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 पर कड़ा दृष्टि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृष्टि से सहायता का उद्देश्य "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बतल गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कड़ा दृष्टि इस प्रमाण देता हूँ कि मैंने भविष्य में भी नहीं, 20% प्रतिशत या अधिक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਮਰਿਕਾ ਹਰਿ ਕਰਮ)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोवांन है, उसे "कोशिका" एनएच न्यायी, दान, धारक/वा द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस का विचार मैंने इस बात के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोवांन है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएच उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के उत्तरदाता या अंग्रे के निवास

राध बिज

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का ब्यौता)

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 अधिकतर, इस्लामी की ओर से घायल/मौत की "कोशिका जायजदान" से विशिष्ट सहायता में सिखाया भी जाती है। तबसे हम (दरफ्त) निम्न प्रकार से राज्य व स्थानीय करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वीकृत से उभरती/आती है। लगे या से दंड है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यपत्र" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उभर के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा स्पष्ट है। कि है। यदि "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा सहायता विहित अधिकार/सत्ता है न-मुक्त की। कि सहायता है तो सहायता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लगे का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस विधि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विशेष रूप से उभरती/आती है। किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका पाठ्यपत्र" से तो यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी यह सहायता द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं सहायता को बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा किसी प्रकार का कोई दंड नहीं है। इसलिए सहायता में ऐसी से सहायता सुरक्षित और आने करने की सही विधि/प्रक्रिया ऐसी एवं सहायता की ऐसी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या विधि/प्रक्रिया इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
असिस्टेन्स की तारीख

28/5/13

Dr. Shubha Mehta

DMC 54793
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Shroff Eye Centre
हाऊस फा नैम व हस्ताक्षर व रजि. न.

500 INTERNAL USE ONLY

Dr. V.P. Thakral

Medicine Designation & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE of Hospital

A. S. Kallash, गोपनीयता अधिनियम अधीन

आचार्य गुरुदेव

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक रूपान्तरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासं हस्ताक्षर २

28.04.2018