

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 510518/070 (483/8) APPLICATION DATE: 7/5/18

NAME of APPLICANT: Kshem Ram

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Shakti Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

C-2nd, 228, Madangir New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes/No

हाँ / नहीं

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

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
01	Soni Devi	58	F	Wife
02	Mishak	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Dr. J. L. Pateract
	Sur. L. L. Phacastol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से ली जा चुकी है/

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: અગત્યના દ્વારા ઘોષણા પત્ર:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी की घोषणा प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, जहाँक उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता पाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का वापस या अन्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से लिया है और या ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिनेता द्वारा किया)

- 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी समझाती की पुष्टि करता हूँ कि "बोडिंगा फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अविश्वस्य माना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोत्त है, उसे "बोडिंगा" एग्नू न्यायी, दार, पापपाव दुलरो उद्वेग्य से कुछी अधिविधियों और उपलब्धियों के तिले निम्नो भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिविध है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या नाम के नाम के लिए "बोडिंगा फाउंडेशन" व न्यायी अधिविध है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात को समझता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्वेग्यों से प्रसारित के कुछे स्वतः सहायक का प्रकार की सहायक इस समर्थ में "बोडिंगा" एग्नू उसके न्यायीयों का निर्णय अधिविध और माध्यमारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आयेंदक के इस्तेमाल का जंगल का निशान

SON: $\frac{11}{2022}$ राज्या

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अतिरिक्त, हमारा भी जो लोग से मायाने/वीरों को "कोविड फायरस्टेशन" से निर्जित सहायता हेतु सरकारों की जाती है, जिसे हम (हमसाह) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- १) यह कि न तो बर्लिन और न ही मॉस्को में विशेष सहजता किसी एक सरकार को संभव है जिसकी अन्य राज्यों से जमा होती-याहले में लगे या तो रहे हैं, वेम कि इनमें "कॉन्सिदा काउन्सिल" में निष्पक्षता/निष्पक्षता उभर के संभव है "कॉन्सिदा काउन्सिल" का मदद देना कि हो। यदि "कॉन्सिदा काउन्सिल" का सहजता विशेष अनिष्पक्षकता हेतु समुदाय को किन्तु जहाँ है तो आपतता किसी अन्य एक सरकार को संभव है जिसकी अन्य सरकारों से सहजता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस संदर्भ में स्पष्ट कहा जाता है कि आपतता विशेष मदद जमा संगे-सम्बन्धों हेतु किसी एक सरकार को संभव है जिसकी अन्य सरकारों से भी संगे-सम्बन्धों।

2. "कॉलिका काउन्सेलर" से तो कई सप्ताह सेक्रेट मिलियन प्रकृति की है। वेगो पर हमारा इस से यह सलाह है कि वे अपने व्यवसायिक का चुनाव करें। एवं हमारा के बीच का रिश्ता है और "कॉलिका काउन्सेलर" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। क्योंकि हमारा वे रीति में शांत सुख और आगे जाने की सभी जिम्मेदारी से वे एवं हमारा की रीति और "कॉलिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta
 (Name of the Doctor, Regn. No. with Stamp)
 Shubha Mehta, M.D., F.R.C.P. (C), F.R.C.S. (C), F.R.C.P. (S), F.R.C.P. (P), F.R.C.P. (M), F.R.C.P. (I), F.R.C.P. (A), F.R.C.P. (N), F.R.C.P. (J), F.R.C.P. (K), F.R.C.P. (L), F.R.C.P. (M), F.R.C.P. (N), F.R.C.P. (O), F.R.C.P. (P), F.R.C.P. (Q), F.R.C.P. (R), F.R.C.P. (S), F.R.C.P. (T), F.R.C.P. (U), F.R.C.P. (V), F.R.C.P. (W), F.R.C.P. (X), F.R.C.P. (Y), F.R.C.P. (Z)

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
(on behalf of Hospital)
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kallash Estate, New Delhi-110038

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरात्मिक उपयोग ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम:

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी दत्ताक्ष 2

Exempel

liezt