

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: 510518/080 (475/18)

APPLICATION DATE: 14/5/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MR. BHAGWANDAS

AGE-YEARS आयु वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Kajarmal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-257, Madangir New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Painter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 75,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. म्याई खाता संख्या

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

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

Yes / हाँ

No / 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	Savitri	45	F	Wife
2	Priyanka	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिक्षित सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Swat- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी 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: જાહેરદાર દ્વારા ઘોષણા કરવું:

- 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 प्रारण मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा एवं कथन सत्यता पर पडा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रारण मे सहायता एतल "कौशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, जिसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से प्राप्त राशि अन्य किसी भी स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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 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 enable 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 पर अपने दृष्टिकोण या जवाब की तारीख, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायिक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रावास के उद्देश्यों से प्रार्थित है जुड़े स्वतः सहमति का अन्तर्गत नहीं रहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिक पर निर्णय अंतिम और स्वीकारणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आर्थिक के हस्ताक्षर का अंग्रेजी का निवास

જાગ વાતે ૧/૨૫

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 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.

हमारे अधिकांश रसायनों में और भी सस्ते-से-से को "कोशिका फायरलेस" में विविध सहायक को निवेशित की जाती है, जिसे एक (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार किया है।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य श्रोत से उक्त ऐंशियामाले में लेने या ले को है, जैसे कि हमने "कोरिक्का फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के सम्पदा में "कोरिक्का फाउन्डेशन" द्वारा मरर देतु कि है। यदि "कोरिक्का फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निहित अधिकाधिकतर हेतु मन्तु जो किश वत है तो असमान किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या निजी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मूँद में स्पष्ट कहा जाता है कि असमान द्वितीय मरर उक्त ऐंशियामाले हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहाय से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोरिक्का फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विहित प्रवृत्ति की है। ऐंशियामाले द्वारा ही यह सहायता या निमित्त यह उपस्था/प्रक्रिया का सुचन ऐंशियामाले एवं दस्तावेज के बीच का विषय है और "कोरिक्का फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसीलिए सहायता में ऐंशियामाले के प्रदान पुरस्कार और अन्य जाने की सभी विधेयता ऐंशियामाले एवं दस्तावेज की ऐंशियामाले और "कोरिक्का" को कोई दायज या विधेयता द्वारा माले में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

यन्त्रीकाली के लिए भस्त्राति

Date of Surgery अंशकन की तारीख 14-5-18	Dr. Shubha Mehta DMC-64798 Shroff Eye Centre (Signature of Dr. Shubha Mehta, No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent (Signature of Dr. V.P. Thakral, No. with Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110048 अंगणमाल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	