

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 3/08/18/205 (752/18)

APPLICATION DATE: 13/8/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr Panna Lal

AGE-YEARS आयु वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

late Reenam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

74/149, Khanpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. राष्ट्रीय करदाता 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	Surendra Kumar	30	M	Son
②	Kaushika	31	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

DPL Card (Attach Card Copy) प्रयोगी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Treat:- LE Phacoemulsification

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 राशि
	NIL	

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिले गये सभी विषय मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी तत्काल निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस जो कथनता एलि "कॉलिका फाउन्डेशन", से सी जा रही है, उसका स्पष्टता उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं सुनिश्चित हूँ कि किशोरावस्था से यह प्रश्न भी मैं है, इस एलि का अर्थिक या समता दिखता किसी अन्य कोश/निबन्ध/कथन/कथनों से न तो लिख रहे और न ही परिवर्ध में लौगा।

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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर का अंकित को छात्र लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका काउन्सिल और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोलिका" एवम् न्यायी, राज, सचपाय द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और वसुलनियमों के तहत किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा मे करने या बाद में करने के लिए "कोलिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सतत: सहायता का हस्ताक्षर को भेजना। इस समझ में "कोलिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Pannotti)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अविश्वस्त, हस्तक्षय को जोर से गायतरोणी को "कोलिका फाउन्डेशन" में विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कांग्रेस और न ही परिवर्ग में किसी सराफ़ा किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उच्च श्रेणी/पदों में होने या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से रिजर्वेशन/निर्वाह उदा. के अन्वय में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पूर्व में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक प्रमुख पद उच्च श्रेणी/पदों से निर्वाह किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/होना।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए दो वर्षों से, यह कहना कि किसी एवं व्यवस्थापकिय का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमलाएँ में ऐसी के द्वारा सुझा और अपने नाम की जारी विज्ञापनों ऐसी एवं हमलाएँ की ऐसी और "कोशिका" को कोई शक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संयोजकता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

131818

Dr. Shubha Mehta

Dr Sm (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 शेकरि का नाम व रेगिस्ट्रेशन नं.

Dr. V.P. Thakral

SHROFF EYE CENTRE (Branch of Hospital)
A-9, Kailesh Colony
New Delhi-110 049

अन्वयिष्ठ दृष्ट्यांग संज्ञा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: २

liezt