

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 5/11/18/290 (1532/18) APPLICATION DATE: 13/11/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MR. MANGAT RAM AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Yashpal
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
E-198, GROUND FLOOR, Near Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: (यदि अलगसे पता)
As Above



OCCUPATION: Helper
उपश्रम

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सही खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उस पर सही 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	Vinod	55	F	Wife
②	Sanjay	36	M	Son
③	Kamran	32	F	Daughter-in-law

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

OPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EW's 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 किसे मने निम्नी कर उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	Diagn - RE Cataract
	Treat - 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: अवश्य ही ध्यान दें:

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਾਵੇਂ)**

- 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 पर अपने दस्तावेज या अर्पित की गए दस्तावेज, मैं (आवेदक) अपनी रायों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एनएच आरएल, एन, कानूनन द्वारा उद्घरण से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न विषयों में उल्लेख या प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः; सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएच उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आयुर्वेद के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

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:

- (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 अभिप्राय, हमसफरो की ओर से गमले/देवी को "संरक्षित फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिकरित की जाती है, जिसे हम (हमसफर) निज प्रगत से फायदा व न्योबाज करते हैं।

- [illegible]

2. "कोशिका फायटोमैनाल" से ली गई सहायक केन्द्र विनियम प्रकृति की है। रोटी पर हमला करने वाले जिनके नाम उपवास/अन्निका का चुनाव होगा एवं उपवास में बीच का विषय है और "कोशिका फायटोमैनाल" द्वारा किसी प्रकार का कोई नुकसान नहीं है। इसलिए उपवास में रोटी अन्निका सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं उपवास की होगी और "कोशिका" को कोई नुकसान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसति

Dr. Shubha Mehra
DMC Member Of & Regn. No. with Stamp)
Shroff Ekta (अ-नम व हस्तार व रजि. नं.)

Dr. V.P. Thakral
Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
(on behalf of Hospital)
A-9, Kadas Road, New Delhi - 110 008
नई दिल्ली अश्रु अस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

प्रामाण्य दस्तावेज ।

न्यासी हस्तकक्ष 2