

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: 510119/366 (1969/18)		APPLICATION DATE: 14/1/19	
NAME of APPLICANT: Mrs. RAJESHWARI		AGE-YEARS अनु-वर्ष: 55	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Suresh Kumar			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 12/52, Ananya Nagar, New Delhi			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above			
OCCUPATION: Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income)		(Attach Proof of Income)	
PAN No. रवायें प्रमाण संख्या: ---			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No) हा / 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
01	Vijay	35	M	Son
02	Anshu	29	M	"
03	Sumit	26	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये किसी आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Sux :- 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 हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता एका

DECLARATION by APPLICANT: **भाषिते द्या घोषणा पर:**

- 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 योद्धा काष्ठ हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय एवं सत्य ज्ञान प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निता को वास्तविक हो।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं योद्धा काष्ठ हूँ कि इस सहायता को मैं या प्रार्थीक नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य कोश/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो प्राप्त है और न ही खर्च में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का सहमति)

- 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/post-spread/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 receipt of 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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रसन्न कराने के लिए, दूर, पासपास दूसरे इन्टरनेट से मुझे संपर्क करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये है, मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देगा। इस संबंध में "कोशिका" प्रसन्न करने वाले त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदना की दायता या संग्रहीत या विपणन

राजेश्वरी

AGREEMENT by HOSPITAL (FOR THE USE OF)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Heardath) 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 अधिकतर, राजस्थानी को और से बांग्लादेशी को "बंगिया" कहा जाता है। बंगिया (बांग्लादेश) विश्व प्रसिद्ध से भारत में स्थायी रूप से रहते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महापक्ष किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्टेट से ठेका रंगीनचमत्तों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारविनिर्माण ठेका से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष किसी व्यक्ति/संस्था/संगठन से ठेका मंजूर नहीं किया जा रहा है तो महापक्ष किसी अन्य वेब साइटों संस्था या किसी अन्य संस्था/संगठन से महापक्ष से वे आधुनिक सुविधा रखता है। इस दृष्टि में संपद नका नाम है कि महापक्ष विविध मंदर ठेका रंगीनचमत्तों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सामान्य सेवाएं विविध प्रकृति की हैं। ऐसे पर महापक्ष द्वारा की गई सामान्य या किन्हीं नवीन प्रकृतिक/प्रक्रिया या पुनर्गठन रंगीन एवं महापक्ष के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए महापक्ष में रंगीन के हलाक सुझाव और अपने अपने नवीन जिनमे/वही रंगीन एवं महापक्ष को कोई और "कोशिका" को कोई व्यक्ति या जिनमे/वही इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थानीयता के लिए संवेदनशील

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14.1.19

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 64798

Dr SM (Signature of DE & Register No. with Stamp)
डाकू का नाम व हस्ताक्षर व पत्र. न.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent (In-charge of Hospital)
CHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर ?

Self