

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 510119/87 (1979/18)

APPLICATION DATE: 16/1/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम MR MEHER CHAND

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्वामी का नाम Mangraj Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-179, New Arhab Nagar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय Milkman

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय Rs. 80,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

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 संबंध
(1)	Ramesh	55	F	Wife
(2)	Santa	27	F	Daughter
(3)	Rachul	24	M	Son
(4)	Rita	22	F	Daughter
(5)	Anita	20	F	"
(6)	Meena	19	F	"
(7)	Pankaj	17	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Surg:- 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 ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: सत्यमेव जयते

- 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 Kashiya 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "निर्दिष्ट कार्य" के लिए, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्धता करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रत्यय का कोई नहीं है, उस राशि का अधिक या कमतर हिस्सा किसी अन्य प्रोफेशनल/व्यक्तिगत कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीए।

AGREEMENT by APPLICANT (नावेदक द्वारा पत्र)

- 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 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्वासीनों" को अभिमत करता हूँ कि ऐसा नाम, पता, फोटो और की विवरण इस प्रश्न में दीया है, धन "कोशिका" दान, धारण/या द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को होने किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अभिमत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्वासी अभिमत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ऐसा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एकाग्र इसके त्वासीनों या विरल्य अधिकार और सम्पत्तियों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

અવેદક સૌ હસ્તાક્ષર થા અંગે પા નિર્ણય

AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL TO SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospitals) 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 अधिपति, हस्तक्षेप की ओर से बाबले/पेरी को "पॉलिटिकल फायरब्रेन्ड" से विदित गाराफा देतु रिवाजित भी जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रश्न से गम्भीर व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित व्यवस्था किसी भी सभासदों संख्या या किसी अन्य स्थल से उक्त संसदीयपाले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोरिथर फाउन्डेशन" से निर्वाचन/निर्वाह उक्त के तथ्य में "कोरिथर फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है यदि "कोरिथर फाउन्डेशन" द्वारा व्यवस्था किसी अधीन/उपस्था हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो व्यवस्था किसी अन्य भी सभासदों संख्या या किसी अन्य व्यवस्था से सहायता लेने का अधिकार धुशित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जात है कि व्यवस्था विहित मंदर उक्त संसदीयपाले हेतु किसी भी सभासदों संख्या या किसी अन्य स्थल से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोरिथर फाउन्डेशन" से जो यह सभासदों संख्या विहित प्रकृति की है। ऐसी या इसपाले द्वारा ही यह संसाध या सिद्धे यह व्यवस्था/प्रक्रिया का पुराने ऐसी एवं व्यवस्था के बीच नर विषय है और "कोरिथर फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिसे इसपाले में ऐसी के इस्तेमाल द्वारा और अन्य को भी कोई जिम्मेवारी ऐसी एवं व्यवस्था की होगी और "कोरिथर" को कोई संविधान या विधानोपरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

एवीएनटी के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Sunaina Arora
DMC No. 12700

Shiro (15y 3 months) with Stamp)

16. 1-19

2-DC

बालक का नाम व हस्ताक्षर व सील न

Dr. V. P. Thakral

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent)
SHROFF EYE CENTRE (Name of Hospital)

A-9, Kalpana Chaudhary Marg, New Delhi-110002 अधिकृत अधिकारी

NEW DELHI-10 MAY

कन्दारफ उग्याम उवू

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संस्कृत-संस्कृतम्

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जयश्री गुरुभ्यो नमः २

Self