

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: S1019/372 (14/4/18)

APPLICATION DATE: 18/1/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. NATHULAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्वामी का नाम

Chiranjil Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-5, 1st, 22 Colony, Bhalsawa, Dausi, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Carpenter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय का संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो 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	Urvashi	44	F	Wife
2	Ramesh	33	M	Son
3	Sunita	30	F	Daughter
4	Geeta	19	F	"
5	Neetu	15	F	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं जूरी संलग्न
1	Diagn: LE Cataract
2	Sig: LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिले अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के लिये सहायता राशि
1	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।

- 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 योजका द्वारा दूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरे 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 द्वारा जो सहायता मिले "संश्लेषित कार्यक्रम", से ही या रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग गया है।
- 3) मैं योजका द्वारा दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिक या सकल हिस्सा किसी किसी अन्य प्रतिनिधित्वकर्ता/कर्मचारी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT AND UPOU)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 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 स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीजिए हैं, उसे "कोशिका" एष्वुक्त पत्राची, दूर, वाचनात्मक दूरसे इंटरनेट से मुझे प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इरादों के बदले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों सम्बन्धित 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 अधिकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों भूमितियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

अलेक्जेंडर ने इसायाहा या जॉर्जो या विजय

০৭/০৮/২০২০

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना चाहिए)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika 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.

इसमें अविवाह, दलपथी को और से चालते-पैने को "संविदात आचर्येण" से विधि परम्परा से निवारित की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संसद में विधिवत स्थापित किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य राजनैतिक दल/संस्था/संस्थाओं में होने या होना है, जैसे कि हमने "कोरिप्टा पावरहेल्ड" से विपक्षित/विपक्षी दल के सम्मेलन में "कोरिप्टा पावरहेल्ड" द्वारा स्थापित किया है। यदि "कोरिप्टा पावरहेल्ड" द्वारा स्थापित किया गया है तो यह स्थापित किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्मेलन से स्थापित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा गया है कि अन्तर्गत विधिवत स्थापित दल/संस्थाओं में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना।
2. "कोरिप्टा पावरहेल्ड" से ही यह स्थापित संकेत विधिवत प्रकृति की है। यानी यह स्थापित द्वारा ही यह स्थापित या किसी भी स्थापित/संस्थाओं का स्थापित होने का अधिकार है और "कोरिप्टा पावरहेल्ड" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिए स्थापित में यानी के स्थापित स्थापित होने जाने जाने की यानी विपक्षी/संस्थाओं की स्थापित और "कोरिप्टा" की स्थापित/संस्थाओं इस स्थापित में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्वीकृती के लिए संवेदनशील

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

✓

Dr. V. P. Thakral

Stamp of Authorised Signatory

THROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Temple, Shimla, Himachal Pradesh

NOV 19 1964

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: राजेश

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाली इकाया ३

Борисов

[Signature]