

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : S/0519/080 (240/19) APPLICATION DATE: 20/5/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Pranmati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ता का नाम

Shamath Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tis/7, Govindpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.50 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सॉफ्ट कोपा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य जो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Baljit	40	M	Son
02	Sanjay	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनति के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/दवाइयों से जाते की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Dig1 - RE Cataract
	Sun1 - RE Phacoemuls

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी

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 धीरगता करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिष्टि यथे तथी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण को वा्तकताती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता एवम "कोशिका जायन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वसती स्टेरस की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में मात गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम का अधिक या समकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाया है और न ही भविष्य में लूना।

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.

1) इस प्रश्न का अपने हस्तक्षेप या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी समझ के प्रति पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अभिनन्दित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्लेम, राश, वाचबाग/वा द्वासे उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और वक्ताविवर्धनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इरादों के खले या बंद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" य न्यासी अधिकृत है।

आवेक के हलाक मा अंगुठे मा निदान

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 its 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.

1) यह कि न वो पालन और न ही पीकप में विविध ब्राह्मण किसी और सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठ से उच्च रेट्री/चामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से लिजेंसिआ-विनिल उच्च के संबंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिल अजिराक/कसल हेतु मन्दुर नहीं किया जाय है तो अन्यत्रल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस संबंध में स्पष्ट कहा जाया है कि अन्यत्रल द्वितीय पक्षर उच्च रेट्री/चामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।

Sc 28