

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0519/082 (1121/19) APPLICATION DATE: 22/5/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Anish Arya AGE-YEARS आयु-वर्ष: 17 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rajesh Arya
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RC- 239, Deepak Vihar Khara Ghumbad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Student
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.20 Lacs.
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (वो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 से साथ सम्बन्ध
1	Rajesh Arya	47	M	Father
2	Vimala Devi	45	F	Mother
3	Shivangi	18	M	Brother

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag: RE Retinal Detachment
	Sus: RE SB + BR + Eryo

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवैरक दुषा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी परामर्श प्रित्त को वा रद्द करी है।
- 2) मैं द्वा के सहायता राशि "कोशिका फाउण्डेशन", से हो या रही है, उसका उपयोग उठी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मंच गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उल्लिख या रद्द कर वित्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कगार)

- 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/produce 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.
- 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 (अर्क्षकर्ता) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धेनित है, उसे "कोशिका" स्वयं न्यासी, दान, सहायता इतरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपस्थितियों में सिने किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" स्वयं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के हस्ताक्षर या ओंगुठ का निशान

Ashish Anjan

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:

- 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 ज्योतिष, हस्तशस्त्री की ओर से सम्मले/श्री की "बांशिका काटवन्त" से मिलिय सहाय्य हो सिद्धांत भी जाती है, जिसे हम (हमेश्वर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त ऐंगीणामते में लेगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्तिरहितता उक्त में सम्मय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता चित्ति जशिकासकल हेतु मन्दुर नकी किय जाता है तो अम्मतल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य मन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुचित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अम्मतल द्वितीय मदद उक्त ऐंगीणामते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्तगत द्वारा दी गई सलज या किये गये उपचार/प्रक्रिया या पुनरा ऐंगी एवं इम्मतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्मतल में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इम्मतल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रुबीकाजी के शिष्य संस्थापि

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

14

22/5/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent (on behalf of Hospital)
SHROFF EYE CENTRE
A-8, Kailash नारायण अस्पताल अधिकृत अधिकारी

A-3, Kailash नगर, रुद्र नगर, रुद्र नगर अधिकृत अधिकारी

1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005
2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तक्षरः ।

Erfaugel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich