

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता केन्द्र आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखापाल)

APPLICATION No.: S/6519/083 (115) | 19

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/5/19
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Mrs. Neemala

AGE-YEARS वय-वर्ष: 55
SEX लिंग: FFATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम:

(Mr. Shri Krishna)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोप पता
D-21 35 Colony Khanpur New DelhiPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोप पता
As AboveOCCUPATION: Housewife
अवलम्बन

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 65,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़) —

PAN No. स्वार्ड संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):
क्या आप आप कर दरता है (जो गान्धी द्वारा पर दरता का नियन्त्रण करता है)Yes (Yes)
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ कम्बन
① Ayush		35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये नियन्त्रि आधारBPL Card
(Attach Card Copy)
राहीं रेखा के नीचे प्रदान पत्र
(प्रदान पत्र को छाप छोड़ प्रतिबन्ध लाओ)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प व्यापक कर्म प्रयोग पत्र
(प्रयोग पत्र को छाप प्रति भूलन करो)Ration Card
(Attach Copy)
उपरोक्ता फटका
(प्रयोग पत्र को छाप प्रति भूलन करो)Any Other
Basis/Proof
अन्य काई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते विद्ये गये जिसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जाहे को नई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diag:- RF Caducrect		
	Diag:- RE Phaeontol		

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के तहत किसी अन्य सहायता विद्युती अन्य स्थों से जित्या गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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 प्रकाश में दिए गए सभी विवरण में जनकारी के अनुमति लाये गये हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पद्धति जाता है तो गंभीर सामग्री निराकारी जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी सामग्री की "कोशिका फाउंडेशन", से लें जा रही है, उसका उपयोग मात्री उपचार की तुलने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि विद्या सामग्री हेतु यह प्राप्ति की नहीं है, यह याहि का अविवाक या सकारात्मक विद्या अन्य और विभिन्न विकासी कामों के लिए दिया जाता है और वह विविध रूपों में होता है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर का अंगठे की ओर लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी जाहाजी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उपकरणों" को आमिनूद करता हूँ कि मैं उन वज़ा, जोड़े और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दून, यायन्याया इत्यादि उद्देश्य से हुई गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए फिल्मों वा प्रसार, वर्च्चुअल से प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्ति का विवरण में इतने के बारे या बदल में बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूँ कि मैं नाम, वज़ा, जोड़े और विवरण जी कि सामग्री के उत्तराधीन हो प्राप्ति है युक्त वज़ा, सामग्री का इकाइयां नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्वाचन विलियम और बाब्पाजी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर का अंगठे का निशान

(MIRIKA)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

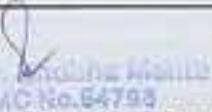
हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मत/एकीकृत की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सामग्री हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न द्रव्यों से बनवा व त्वचाकर करते हैं।

1) यह कि हम तो अपने भी खाली में विविध सामग्री किसी नींव गतिविधि सामग्री या विद्या अन्य उत्तराधीन से हुए होते हैं, जिसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरूपित उत्तराधीन सामग्री में दीखता है तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सामग्री विनियोग करने की अनुमति नहीं दिया जाता है तो अपने किसी अन्य गति गतिविधि सामग्री से सामग्री होने वा अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पुष्टि में भवत कहा जाता है कि आपनाल डिविड नर उत्तराधीन सामग्री हेतु किसी और गतिविधि सामग्री अन्य सामग्री से नहीं सेवाएँ होती।

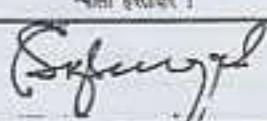
2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सामग्री अपेक्षित विविध प्रकृति की है। यानी पर उत्तराधीन द्वारा ही नहीं उत्तराधीन या डिविड अवधारणा का पूराव द्वारा एवं उत्तराधीन के द्वारा जा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में गंभीर के इतने चुनौति और अवैध वाले छोटे साथे विविधरूपित गंभीर के द्वारा जा विषय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वाक्षरी के लिए संस्कृति

Date of Surgery अपेक्षित जीवन की तारीख	 Dr. V.P. Thakral MC No. 64793 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर वी.पी. थाक्रल एवं रीडर, न.	Dr. V.P. Thakral Med. Officer SHROFF EYE CEE (on behalf of Hospital) A-9, Kaliabai Shroff Eye Hospital, अनंदाक अधिकृत अधिकारी New Delhi - 110 045 अनंदाक अधिकृत है।
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

