

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 516619/103 (699/19) APPLICATION DATE: 7/6/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Brahmanand AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram Dulara
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1278/8 Gaurindpur, New Delhi
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: At Above
स्थायी निवास पता

OCCUPATION: former
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 70,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
<i>No Family</i>				

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

BPL Card (Attach Cert. Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: जयदेव सुद सोमनाथ 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 Kashiika 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 धीरदय कता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं समान आशय प्राप्त जाता है तो मेरी स्थापना निराश की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एगि "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दृष्टि का अविवेक या समान विचार किसी अन्य प्रतिनिधि/व्यक्ति/कंपनी/कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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.
- 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 जोंग की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ओ बिबरन इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासों, दान, सहायता इत्यादि उद्देश्य से कुछो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा के पत्रों या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिबरन ओ कि सहायता के उपरान्त मेरी अधिकृत है शुरू करता: सहायता का इस्तेमाल नहीं बताया। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

આપેલક બે દવાઓના આંગુરોના નિશાન

By _____

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करत)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकृत, इलाहरी की ओर से समले/लेनी का "बोशिका काउन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, जिसे हम (हमजाद) निम्न प्रकार से मन्म व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोषधन और न ही अधिकारी विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-माल्टे में लेने या ले सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेर" से सिधरिश/विनिमय उक्त से सम्बंध में "कोशिका काउन्टेर" द्वारा मर लेने कि है। यदि "कोशिका काउन्टेर" द्वारा सहायता विनिमय अधिकार/कला हो, तबु नों किम आन है तो अस्मिता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुप्रीम है। इस सुप्री में तबु नों किम आन है कि अस्मिता द्वितीय मर उक्त ऐंटी-माल्टे में लेने कि है। यह सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टेर" से ले गई सहायता संवत् विहित प्रकृति की है। ऐंटी का अस्मिता द्वारा ले गई सहाय या विनिमय उक्त मर उक्त ऐंटी-माल्टे का मुल्य ऐंटी एवं इस्मिता के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये इस्मिता में ऐंटी के इस्तेमाल सुप्री और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इस्मिता को होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वाकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7.6.17

Dr. Shubha Mehta
DMC No.64798

State of (Name of Co. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. न.

Dr. V.P. Thakral

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE on behalf of Hospital

A-9, Kailash रा. २४/१२ इस्पताल अधिकृत अधिकारी

1950

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तोत्तमः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तान्न २

Exchanged

2018