

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देतू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य इंद्रिय)



APPLICATION No.: 510619/122 (12.16.18) APPLICATION DATE: 21/6/17
अप्लाई नंबर : ५१०६१९/१२२ (१२.१६.१८) अप्लाई दिनी : २१/६/१७

NAME of APPLICANT जार्येक का नाम	Wajid Singh	AGE-YEARS वय-वर्ष	M
		60	

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Jamia Singh
पिता/स्पौज़ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी पाल
B-153, Bhumiheen Camp Govindpuri, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 1442 GLENBROOK RD



OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (जिवालीत) / UNMARRIED (अजिवालीत)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 85,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) _____
(अपना सामग्री लेखें)

PAN No. ३०२१०००००००००

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

Yes (No)

FAMILY DETAILS

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्लाईकेटर के साथ सम्बन्ध
(1)	Purvan Devi	58	F	Wife
(2)	Rajiv Singh	45	M	Son
(3)	Jagvir	38	M	Son
(4)	Raj	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificates Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गवांची रेता को नीचे प्रक्षय पड़ा. (प्रक्षय पड़ा को छाप प्रति संतान को)	अन्य अन्य कर्ता प्रक्षय पड़ा. (प्रक्षय पड़ा को छाप प्रति संतान को)	प्रक्षय पड़ा को छाप प्रति संतान को।	अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No. क्रम संख्या	<p style="text-align: center;">Medical Reports/Prescriptions Attached आवासानिक दोस्ती के बारे की गई प्रतीक्षित सूची संलग्न</p> <p><u>Diagn- RE Cataract</u></p> <p><u>Six yr RE Phaco + IOL</u></p>
------------------------	---

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
में इसके लिए किसी दूसरी स्रोत से वित्तीय सहायता की?

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संक्षिप्त चरण:

- 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 पांचवें चरण में लिखे गए सभी विवरणों को असरातीर्थी के अनुसार सत्य भवती हैं। यदि कोई विवरण इस चरण में अलग पाया जाता है तो मैंने उसका निकाल भी ना करता हूँ।
- 2) बोर्ड द्वारा जाहाज दिए "कोशिका फाउंडेशन", जो भी ना होता है, उसके उपरोक्त नाम से उपरोक्त नाम से लिखे गए विवरण, जो इस चरण में था गलत है।
- 3) मैं यूटीट करता हूँ कि जिस जाहाज के नाम से उपरोक्त नाम है, उस नाम का अविवाद या उसका विवरण किसी अन्य दूसरी विवरण से भिन्न नहीं है तो उसका है और न ही उपरोक्त नाम है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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.

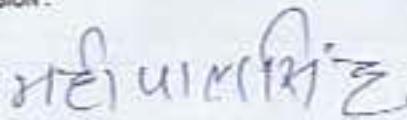
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति का अनुसन्धान या अंगठी की जान लागत, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी को यूटीट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने जन्म, पाता, जीता और जी जिवाज इस प्राप्ति में दर्शित है, जो "कोशिका" इन्स्टीट्यूट, डॉक्टर, डॉक्टर इन्स्टीट्यूट से यूटीट विवरणों और उपलब्धियों के लिये जिसी प्री प्रस्तर माध्यम से प्रसिद्ध करने के लिये अप्रिकृत है। मैंने इन्हीं का विवरण में इन्हें के चलते या बढ़ते या बढ़ते के लिये "कोशिका फाउंडेशन" ना कहा जाना। अधिकृत करने के लिये जाहाज का नाम और जी जिवाज की जानकारी होती है।

2) मैं (आवेदक) इस जाहाज के नाम पाता, जीता और जी जिवाज को कि जाहाज के उपरोक्त के अधिकृत है यूटीट करता हूँ जो उसका नाम इन्हें अधिकृत करता है। इस जाहाज का नाम अधिकृत करने के लिये "कोशिका" एवं उसके नामों का नामिंग जॉर्ज और अधिकृत होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के जाहाज का अंगठी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (इन्स्टीट्यूट 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.

इसमें अधिकृत, जाहाजों की अंगठी से व्यवस्थाएँ जो "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाज हैं उपरोक्त विवरण को छोड़ती है, जिसे हम (इन्स्टीट्यूट) निम्न प्राप्ति से जन्म व स्वीकृत करते हैं।

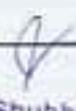
1) यह कि हम इसे विवरण भी न ही अधिकृत में विवरण जाहाज विवरण रखते हैं या जाहाजी संस्थान या विवरण अन्य संस्थान से उस संस्थान से जाहाज विवरण में लिखे गए होते हैं, वैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणिंगनीति उसके उपरोक्त विवरण में लिखा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाज विवरण अधिकृत/जाहाज है तो जाहाज की जाहाजी अन्य या जाहाजी संस्थान या विवरण अन्य संस्थान से जाहाज विवरण में लिखी गई है। इस यूटीट में अन्य जाहाज विवरण है कि जाहाज द्वितीय वर्ष उसके उपरोक्त विवरण से जाहाज विवरण में लिखी गई है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई जाहाज अंगठी विवरण उपरोक्त होती है। हमी ना इन्स्टीट्यूट द्वारा ही नहीं जाहाज विवरण होती है। इसीलिए इन्स्टीट्यूट में हमी के इनाम जाहाज और अंगठी को जाहाज विवरण से ही उपरोक्त विवरण में लिखी गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्कृति

Date of Surgery
अंगठी की तिथि


Dr. Shubha Mehta
DMC No. 64792
Shri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
D.S.M.— डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के लिए २

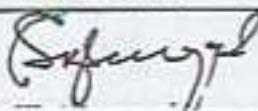
Dr. V.P. Thakral
Medical/Surgeon Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
New Delhi 110 048

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

