

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 510719/143 (17/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 8/7/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rattan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम

Ram Charan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-550, Gouthalpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs. 60,000/-

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

PAN No. क्याई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खरी का निशान लगावे):

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 संबंध
①	Sheela	50	F	Wife
②	Ram	23	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) राशनी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Sux:- LE Phaco-f/n

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

- [illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा कर्तार)

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय द्वाारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाचनालय से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचारण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्ष से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि उपरोक्त के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः प्राप्ति का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आवेक में इलाका या अंगुठे का निहाय

२८१

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

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 अधिवास, हमारे शरीर को और से चमकाने/पाने को "बोलिबल फायरिंग" से मिलित प्रकृतिक हेतु विचारों को बताते हैं, जिसे हम (हमारा) विचार प्रकाश से चमक व प्रकाश को बताते हैं।

- [illegible]

स्वीकृति के लिए संसक्ति

संस्कृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$8 \mid 7 \mid 19$$

Dr. Shubha Mehta

DMC Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

[illegible]

Dr. V.P. Thakral

Medicine Designation & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENT on behalf of Hospital

A-9, Kailash, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक रूपसे ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासां कृतावधिर, ३