

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: S/0719/147 (501/19) APPLICATION DATE: 1/7/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chedi Yadav

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

III, Zamrudpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: Unemployed

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.20 Lacs (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली संलग्न -

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का विवरण संलग्न करें)

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
01	Rama Sajnana Yadav	65	M	पति

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का नौबत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मदद मिलनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
	1. RE Cataract
	2. RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशी

- 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रलय में जिन्हें सबेरी सिविल में ही जानकारी के अनुसार सब सब मरने हैं। यदि कोई विमान सब कबान साबब सब जाते हैं तो मेरी सहायता सिविल को ज सकने है।
- 2) मेरे हृदय को सहायता दारि "कोशिका काउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका सम्पूर्ण सबी उपरान्त को पूर्ण के दिने सिविल अर्थात्, जो इस प्रलय में मर गया है।
- 3) मैं पुनः बताता हूँ कि विश्व सामान्य होना सब प्रलय की सब है, उस दिने को सम्पूर्ण सब सकल सिविल सिविल सब होने सिविल सब सबी से सब सिविल है और सब सिविल में मरना।

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 fulfillment 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 जंके को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संतुष्टि की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका कार्टेला और उसके समर्थक" को अविश्वस्य माना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, इसे "कोशिका" राज्य, न्यायो, राज, सचिव/स राज्य सरकार से जुड़ी नीतिविधियों और प्रत्यक्षियों के तहत किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मैं प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कार्टेला" को अविश्वस्य मानता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अन्तर्गत को प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" राज्य उसकी नीतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के इलाक़ा य अंग्रेज़ों का ग़िलाफ़

AGREEMENT by HOSPITAL (FUTURE USE ONLY)

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.

इससे अधिकतर, इस्लामी की ओर से समझौते/पैकी को "बोशिश कायदेनशा" से मिलिय सहायता हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हज (हज्जतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही खनिज में स्थिति सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाए गए फंडों में से ली जा सकती है, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टडाउन" से निष्पत्ति/विनिर्गत उद्घाटन के समर्थन में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता स्थिति अधिकांशतः हेतु बनाने की किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि असमर्थता द्वितीय मरर उद्घाटन/फंडों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टडाउन" से ली गई सहायता केवल स्थिति प्रकृति की है। ऐसी का इस्तेमाल इस से पूर्व सहायता या किये गये उद्घाटन/प्रक्रिया का पुनर्गठन के लिए एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में ऐसी के इस्तेमाल शुद्ध और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्तेमाल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

हवींवाली को लिए बांधागि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/11/19

Dr. Shubha Mehta
BMO of District Regn.
Shroff Nagar, Sec-22, Gurgaon

Quartz 64 Oz. & Refin. No. with Stamp)

१०॥ श्रीगणेशाय नमः ॥ १॥

Dr. V.P. Tarkenton

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

डॉ. व. जे. चव्हाण

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासौ हस्त्याक्षर २