

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/07/19/158 (1568/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/7/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mr. Love Gahlot

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

45

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम Ashok Gahlot

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

N-35, Shrinivasপুরi New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.80 lacs
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रमाई खता संख्या

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

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 के साथ सम्बंध
01	Suman	42	F	Wife
02	Kamadi	67	F	Mother
03	Deepak	22	M	Son
04	Pranav	16	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विवेचन गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Suri- RE Phaco tinal

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

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

- 1) मैं शोधना करता हूँ कि इस प्रश्न में किसे रावे जहाँ सिवान में ही जलवाही के अनुसार रावे रावे की है। यदि कोई सिवान रावे कहीं सातवा रावे जाते है तो मेरी रावेवा सिवान की न सकती है।
- 2) मेरी इस को सहायता रावे "कौशिकी पाठशाला" से ही न रावे है, उसका कारण रावे रावेवा को रावे के रावे रावे रावे, जो इस प्रश्न में रावे रावे है।
- 3) मैं रावे जाता हूँ कि सिवान रावेवा रावे रावेवा की रावे है, रावे रावे का रावेवा न रावेवा सिवान सिवान रावे रावे सिवान रावेवा रावेवा को न रावे सिवान है रावे न रावे रावेवा में रावेवा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कएल)

- 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 उत्तर देना या कोई भी छाप लगाना, मैं (अर्क्षक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाचनाय दूरसे उद्देश्य से कुछी प्रतिनिधियों और व्यक्तियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक में इलाका या अंग्रे के नाम



AGREEMENT by HOSPITAL (THIRD DU QUART)

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.

आपको अधिकतर सवालपत्री को ओर से सवाल/जोती को "संक्षिप्त सारांश" से मिलिये सहायता हो सिकाई जायेगी है, जिसे हम (हमसेआल) निम्न प्रकार से मान्य व समीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च होनी चाहती है जहाँ या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलर" से विचारविनिमयिता उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सहायता विहित अधिकार/सहायता हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अवगतता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्यायता द्वितीय मरद उक्त होनी चाहती है किन्तु गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका काउन्सेलर" से ही यह सहायता केवल विहित प्रवृत्ति को है। उनी या अन्यायता द्वारा ही यह सहायता या किन्ते एवं उपभोग/प्रक्रिया का मुताबिक उनी एवं अन्यायता के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए अन्यायता में उनी के द्वारा सुनिश्चित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी उनी एवं अन्यायता की होगी और "कोशिका" की कोई सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वायंकारों के लिए संस्तुति

स्वायंकारों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 64798
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Shroff Eye Centre
इलाहाबाद का नाम व इलाका व पत्ता, पं.

Dr. V.P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF & Co. on behalf of Hospital)
A-9, सा. क. रो. भिखारि अर्चिद अर्चिदारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यापी हस्ताक्षर 2

Ergebnis

Rich