

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/089/200 (929/19) APPLICATION DATE: 27/8/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Rajni AGE-YEARS आयु-वर्ष 53 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Prem Chandel
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

J-10, 143, Madanpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 96,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सॉफ्ट कॉपी संख्या —

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

Yes (No)
हाँ / 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 संबंध
①	Prem Chandel	58	M	Husband
②	Meenu Rishi	33	F	Daughter

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- LE Cataract
	Surg:- LE Phaco + IOL

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 तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **अनुभव दाता घोषणा कर**

- DECLARATION by APPLICANT: ज्ञापक द्वारा घोषणा 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 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 यहाँ पर कबल यह कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झिझक पूर्ण कथन असत्य या गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा मे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस सहायता से मुझे भविष्य में कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी और न ही भविष्य में मुझे।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਾਰ)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आसीनों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सार्वजनिक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निष्पत्ति मेरी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके आसीनों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका नै. सहायता या अंगों का निदान

राजी

AGREEMENT BY HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त 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.

in the matter.

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित शब्दावली किसी भी सरकारी दफ्तरीय या किसी अन्य दस्तावेज से उद्धृत होती/करती है। यही कि अपने "कॉलिकल काउन्सिल" से विपरीत/विचिती उद्धृत के सम्बन्ध में "कॉलिकल काउन्सिल" द्वारा स्पष्ट है कि वे। यदि "कॉलिकल काउन्सिल" द्वारा उद्धृत किसी अधिकार/पक्षक हेतु मन्थन नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य के सरकारी दस्तावेज या किसी अन्य दफ्तरीय से उद्धृत होने का अधिकार प्रमाणित करता है। इस प्रमाण के स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विहित मन्थन उद्धृत होती/करती है। किसी भी सरकारी दस्तावेज या किसी अन्य दफ्तरीय से उद्धृत होती/करती है।

2. "कोशिका कायस्टेशन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी नर इसकात छूट भी गईं सलाह न किसे नई उपकाप्रक्रिया का पुनर् रोजे द्य हस्तात के बीच का रिपन है और "कोशिका कायस्टेशन" इस किसी प्रकार का कोई दान नही है। इसविषे इसकात में ऐसी की इतान सुख और जाने जाने की सारी विषेदरी ऐसी द्य हस्तात की होगी और "कोशिका" की कोई भुिका या विषेदरी द्य माले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/8/15	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64796 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम व इलाका व एम.डी. नं.	Dr. V.P. Thakral Mod. No. 10000 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE on behalf of Hospital) A-9, Kailash Colony New Delhi-110048 नई दिल्ली में स्थित अश्विन अश्विन
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आसी हस्ताक्षर 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आसी हस्ताक्षर 2 V.P. Thakral	