

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 5/0919/216 (1390/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 9/9/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kanti Dwi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 45
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gurdadu
पिता/कटुस्थ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

158-A Navjeevan Camp Gurgaon Phase New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 Lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी जाला संख्या

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

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 सम्बन्ध
(1)	Gurdadu	50	M	Husband
(2)	Annu	19	F	Daughter
(3)	Vishal	18	M	Son
(4)	Vishnu	16	"	"

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Sux:- RE 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 सी गई सहायता राशि

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि जिस सहायता मैं यहाँ प्रार्थना कर रहा हूँ, उस सहायता का अधिपति या समतल द्वारा किसी अन्य संगठन/व्यक्ति/वैयक्तिक कम्पनी से न ले लिया है और न ले भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 its 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप या अंशों को तब तक, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं/या जारी, दान, वाचस्पत्य दान अर्पण में मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों में दिने किसी भी प्रकार माध्याम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व/या अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्ष में हताश व गंभीर का दिग्गज

रक्षा रानी

By affixing her/under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following

हमारे अधिकृत हमतुलशी की ओर से सम्पले/पेगी की "कोशिका प्रकन्देशन" से विभिन्न सहायता हेतु लिखारित की जाती है, जिसे हम (हमसुतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

[illegible]

2. "कॉरिंथा फ़ाउन्डेशन" से तो गई बहालता केवल विविध प्रकृति की है: पानी का प्रभावता द्वारा दी गई सहायता से किसे कि उपचार/विशेष का चुनाव होने एवं प्रभावता के बीच का विषय है और "कॉरिंथा फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए इसका मत में पानी के द्वारा सुख और आने जाने की सारी निम्नलिखित पानी एवं दायता की होती और "कॉरिंथा" की कोई भी विशेष या विशेषता इस प्रकार में जो होवे।

रन्वीकाली में लिख संस्कृति

4/9/19

Dr. Shubha Mishra
DMT
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048

न्याय्या हस्त्याक्षर ।

Exempt

न्यायमौल्य इत्युक्तम् २

Rich