

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 3/09/19/222 (1670/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/9/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Nirmala Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
70 y

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram Ashish
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

G-67, Vijay Vihar, Rohini, 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. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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)	Ram Ashish	72	M	Husband
(2)	Vijay Kumar	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे कम आय वाले परिवार के सदस्यों के लिये 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 किने गये निम्नलिखित उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली या नहीं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई 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 यहाँ पर कतार है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण कथन अथवा धाया जाय है तो मेरी सहायक निस्स की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायक एव "कोशिका फाउण्डेशन", से तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर गम है।

3) मैं यहाँ पर कतार है कि मैं किसी सहायक से या प्रारूप की नहीं है, उस राशि का अर्थात् या सहायक द्वारा दिये अन्य स्रोत/रोक/बोस कम्पनी से न हो निस्स है और न ही भविष्य में हो।

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/produce 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.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर व अर्जेंट की छाप लगाकर, मैं (अपेक्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, जहाँ, कौनसे और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉलिका" एवम् जहाँ, राज, साधक/पूजारी अर्थात् मेरी मुद्री प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के तहत बिना किसी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के करने का करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व जहाँ अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

Pl's left
thumb impression

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:

हमारे जषिका हसाभी की जौर से सामने/गेगे की "कॅरिका फाउन्डेशन" से पिरिप सागरा होइ किरिका की जाले ई. जिसे हम (अभ्यता) निपु प्रजा से मान्य व गनीका करते है।

2. "कॉशिका आन्दोलन" से तो श्री महापद्म कोटेल विविध प्रकार की हैं। रंगी या हस्ताक्षर दाग दी गई माला या निचे गये उपनाम/प्रक्रिया का स्वरूप लेनी एवं हस्ताक्षर

के बीच का रिश्ता है और "कोरिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए दण्डाचार में दोनों को इतना सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी पूरी रूप से दण्डाचार की होगी और "कोरिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अंतराष्ट्रीय व्यापार का विकास

13/9/19

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi नमो मेडिकल सुपरिन्टेन्डेंट अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ગ્રાન્ટ્સિક ઉપયોગે છે

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सुखी हस्तमा ।

Supernatural

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी इच्छा आहे ?

Rich