

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/10K/243 (1864/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 5/10/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Gita Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 56
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chandrika Singh
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GH-82, Morla U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 72,500/- (Son's Income)
कुल वार्षिक आय

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

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 निशान लगाएं)

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	Chandrika Singh	62	M	Husband
02	Rajiv	40	M	Son

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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से भी ले रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायता से मैं प्रश्न में कह रहा हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त पैसा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बोना कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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/post-upreproduce 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवेरेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अभिप्रेत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोलिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचनालय दानों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के दिने किसी भी प्रकार वाचनालय से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दानों के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोलिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे तथा; दानदाता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवैधक के हस्ताक्षर या जंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्ताक्षर एवं मकूर)

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.

हमारे अधिकांश हस्ताक्षरी की ओर से मायतेरोनी को "कोरिन्ना फाउन्डेशन" से विलियम सारावा हेर सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसमतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में निहित सहायता किसी भी सकारात्मक संकेत या किसी अन्य स्तर से उदात्त होती/पावले में लगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाइनेंस" से सिद्धांत/विनिर्दिष्ट उदात्त के संबंध में "कोशिका फाइनेंस" द्वारा मदद हेतु कि है, यदि "कोशिका फाइनेंस" द्वारा सहायता निहित जटिलता/सफल हेतु मजदूरी की बिना जल दे तो अभाव/विनिर्दिष्ट अन्य भी सकारात्मक संकेत या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अर्थ/निराशा व्यक्त करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अभाव/विनिर्दिष्ट मदद उदात्त होती/पावले हेतु किसी भी सकारात्मक संकेत या किसी अन्य संसाधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइनेंस" से तो यह सहायता केवल निहित प्रकृति की है। ऐसी या असफल द्वारा ही गई सहायता या निहित गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावर्तन एवं असफल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमारा मत है ऐसी के सहायता मुख्य और आगे जाने की सारी जिम्मेदारियाँ ऐसी एवं असफल की होती और "कोशिका" की कोई भी/किसी या जिम्मेदारियाँ उस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संस्कृतो षोऽपि संस्कृतिः

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mahto
DMC No. 64792

वि. सं. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छि. नं.

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

SHROFF EYE CENTRE (In Behalf of Hospital)
A-9, Kallash Apartment
New Delhi-110 045

निमित्तं हस्तगत अभिज्ञत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्ट्यां हंतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तद्वय २