

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 5/0617/123 (0597/17) APPLICATION DATE: 14/6/17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 25 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lalla Singh
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILL:- Khanjapur Distt Ferozabad U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 70,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. रखाई खान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी 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 सम्बंध
1	Lalla Singh	55	M	Father
2	Savitri Devi	52	F	Mother
3	Laxmi	13	F	Sister
4	Prachi	11	F	Sister

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम 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 किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/दवाइयों से जुड़े की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न
	Drug:- (RE) Catargel
	Suri:- (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 ली गई सहायता राशि

NIL

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 शोषण करता हूँ कि इस प्रकार से श्रिये एवं सम्पत्ति विधायक मंत्री जनश्रुति के अनुसार कार्य एवं करी है। यदि कोई विवरण एवं कथन तत्काल प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निराल की जा सकती है।
- 2) मेरी आज की सहायता श्रि "कोशिका प्रकाश-विकास", से ली जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में प्राप्त कर रहे हैं।
- 3) मैं श्रुति करता हूँ कि जिस प्रकारसे हेतु यह कार्य को कर रहे हैं, उस श्रि का अधिकार या समस्त विवरण किसी अन्य सोशलिस्टिकवादी कार्य में से तो लिया है और न ही अधिकार में लूट।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Keshika 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 Keshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Keshika 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एपसू लिखी, नाम, वाक्यांश द्वारा उद्धरण से जुड़ी पत्रिकाओं और वेबसाइटों को देने किसी भी प्रकार संभव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के फायदे या हानि में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राहनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थना हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपसू उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अन्यथा, यं वाक्यम् न सत्यं न विना

સર્જનાત્મક

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

- 21) 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.
- 22) 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 वापस, उम्मीदों को खर से मारले-पीसी को "कोईका फायर-रेशन" से मिलित सहायता देना विपश्चिनी की ज़रूरत है, जिसे हम (इन्साल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कल्पित और न ही वास्तव में द्वितीय महायुद्ध किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च रोगी/पागल से होने का लक्ष्य है, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टरेशन" से मिफेस्टाइन/निनवि उच्च के संबंध में "कोशिका काउन्टरेशन" द्वारा परदे हुए कि है। यदि "कोशिका काउन्टरेशन" द्वारा सहायक निनवि कोशिका/कमल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो उपर्युक्त किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुंक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यंत द्वितीय पक्ष उच्च रोगी/पागल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लागू/लगे।
2. "कोशिका काउन्टरेशन" से लगे गई सहायता केवल व्यक्ति प्रभुत्व की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा ही गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव रोगी एवं इस्तेमाल के बीच का बिन्दु है और "कोशिका काउन्टरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोगी को इसका सुरक्षा और अन्य खर्च को जारी रखने/रोगी रोगी एवं इस्तेमाल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या बिम्बो/रोगी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/6/17	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Karilash Colony New Delhi-110049 Dr. Shubha Mehta (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Karilash Colony New Delhi-110049 Dr. Shubha Mehta (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अभ्यन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्ताक्षरः ।

भाग्यी इस्वाधर २

Exchanged

Rich