

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/0717/170 (04/03/17)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/7/17
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Maelan Lal Nigam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Late Ram Raj

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

G-1, Lakshmi Colony Prithvi, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION:

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs 50,000/-

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

PAN No. क्या होता है

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

Yes (No)
हां / 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
01	Adina	60	F	Wife
02	Bhup	35	M	Son
03	Pradeep	32	M	Son
04	Anil	30	M	Son
05	Anil	28	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) कोटो रेशा के पोर्चे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	Drug:- (RE) Cataract
2	Sugar:- (RE) Phosco F10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: अर्जदक द्वारा घोषणा की:

- 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 ही बात कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन आज़ाद पाया जाये तो मैं मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्त तौर पर "योजना काउन्सेलर", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही बात कह रही हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से भी इस मदद के लिए नहीं जा रहा हूँ और न ही भविष्य में भूँगा।

AGREEMENT BY APPLICANT (STOPS ON 400)

- 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि और पता सहित "उद्देश्य" के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस दस्तावेज में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है और/या कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और विषय के लिए सूचना देने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय के लिए सूचना देने के लिए कोशिका फाउंडेशन को मेरा नाम, पता, फोटो और विषय के लिए सूचना देने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उत्तराखण्ड के इस्लाम पर अंगरेजों का नियान

ਮਨ ਮਨ ਸਿਰਿ

(Merdan Leel Nigam)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

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.

इहाँ ४६१६७ इलाक़ा की संघ से सम्बन्धितों की "संविदा काउन्सिल" से विविध सहायता हेतु मित्रता की जाती है, विशेष रूप (सम्बन्ध) किम प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्त्रीकृतों के लिए संरक्षण

Date of Surgery
अभेदन की तारीख

1000

21/07/17

(Dr. & Regn. No. with Stamp)
For Shabha rights
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. V.P. Thakral
Med. Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CLINIC (Benefit of Hospital)
A-9, Kailash Park, New Delhi-110019
New Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्याय्य रस्ता ।

न्यायै रक्षतुम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३