

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: S/0717/1-14 (0639/17)

APPLICATION DATE: 26/7/17

NAME of APPLICANT:

MR. KUWAR SEN.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Anweshwar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

B-77, Transit Camp Govindpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION:

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs. 65,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
01	Anweshwar	50	F	Wife
02	Sonjay	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भटेमो कार्ड के कॉपी प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) प्रभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कार्य निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Drug 1: (RE) Carbocet
	Drug 2: (RE) ECCE + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: અરેદન દ્વારા પાંચમી જગ્યા

- 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.
- 4) 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 असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस को सहायता के लिए "बेविवेक घाटवन्दन", में हो जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में लिये जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी और किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदनकृत द्वारा सहमत)

- 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-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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, जो "कोशिका" द्वारा न्यायी, चर, सहायक रूमों जट्टरिय से जुड़ी गतिविधियों और इलाजियों को तब तक जारी रखने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का बिना मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे इच्छा के बिना जारी रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेंदक के हस्तक्षेप या अंग्रेजी का निष्ठान

AGREEMENT by HOSPITAL (रिप्लिकात द्वारा कवर)

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.

हाथों जलियाँ, ४४२५वरी की ओर से माताएँ/पुत्री की "बेसुनिका फासलियाँ" से बिजिल प्रभावित हो सिखाया की जाती है, जिसे दूध (हस्तागत) निम्न प्रकार से पान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो सॉलम और न ही पॉपियस में विविध साक्ष्य किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उद्धृत होनी/पानी में छिपी या से छे रे, बौदी कि इनमें "कॉलिका फाइनेंस" में विकीरिगिबिटी उद्धृत के संस्था में "कॉलिका फाइनेंस" इस तरह से कि दो कॉले "कॉलिका फाइनेंस" इस संस्था विरुद्ध अधिकांशतः से अनुसूची कि किम जाह है के संस्था किमो अन्य गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में साक्ष्य होने का अधिकांश मुक्ति संस्था है। इस मुक्ति में स्पष्ट कहा जात है कि संस्था विरुद्ध यह उद्धृत उद्धृत हो कि किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं संस्था/संस्था।
2. "कॉलिका फाइनेंस" से छे कि संस्था संस्था विविध प्रकृति की है। छे कि या संस्था इस छे कि संस्था या किम गैर संस्था/संस्था का संस्था छे कि यह संस्था के संस्था का संस्था है कि "कॉलिका फाइनेंस" इस किमो संस्था का संस्था संस्था है। इसीसे संस्था में छे कि संस्था संस्था और संस्था के कि संस्था संस्था छे कि संस्था और "कॉलिका" की संस्था संस्था या संस्था संस्था संस्था में संस्था संस्था।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसीलिए हमें यह सुनिश्चित करना चाहिए कि हमारे पास सही संसाधन हों।

Date of Surgery
जर्जरण की तारीख

25/7/17

Dr. S. M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

SHROFF EYE CENTRE (Hall of Hospital)
A-9, Kailash Colony, New Delhi 110028
A-9, कालिश कॉलोनी, नई दिल्ली 110028

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमान् इन्द्रकाजी ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Left