

C1884/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

E/0817/139

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Karan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Balwinder Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

Village - Mukandpur,

Tehsil - Basant

District - Baghat

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

- as above -

Preop

139

Postop

Karan Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. इवाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही 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.	Subhash	38	M	SON
2.	Sudhir	30	M	SON
	-Three-	-Daughters-		-Married-

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20 लाख तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आलस/प्रीस्क्रिप्शन से जटिल की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
1.	Diagnosis - RE - IMSC IE - IMSC
2.	Surgery - IE - SICG + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि
1.	Vene	

DECLARATION by APPLICANT: सादर वचन देता हूँ:

- 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 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।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णित करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र भी नहीं हूँ, जब तब तक कि अधिक या समान विवरण किसी अन्य प्रोडर/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही अधिक ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (ADORE DIT WOI)

- 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 प्रश्न का जवाब सहायता या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वरक) अपनी स्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा ज्ञानी, योग, योगयोग द्वारा उपरेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उचित माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ज्ञानी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से स्मृत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपरेश में उल्लिखित है, मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध ज्ञानियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

unleihen ist unmöglich zu schätzen und zu fixieren

AGREEMENT by HOSPITAL (OFFEROR) AND YOU

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 this matter.

इससे अतिक्रान्त, हस्ताक्षरी की ओर से सागर/दीदी को "बोलिया साउन्डेशन" से विनिमय अदायत हेतु निगरानि की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विमल प्रकाश से सादर व समीक्षा करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश में किसी साक्ष्य को किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थे से उक्त ऐंगीकृतन में लेने या ले खे है, बल्कि कि इनके "बोर्डिंग फायरिंग" से निष्पत्ति/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "बोर्डिंग फायरिंग" द्वारा करे हेतु कि है। यदि "बोर्डिंग फायरिंग" द्वारा साक्ष्य किसी अधिकांश/सकल हेतु समुदाय यदि किता सत्य है तो सम्मान किता अन्य के साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थान से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित तबत है। इस सुनिश्च में स्पष्ट कहा जात है कि सम्मान निर्णय कर उक्त ऐंगीकृतन हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नही लेना/लेने।
2. "बोर्डिंग फायरिंग" के ले नई साक्ष्य बोर्डिंग निर्णय प्रकृति को है। लेने या सम्मान द्वारा ले नई संस्था या किसी ले उपसह/अधिकार का सुनिश्च यदि एवं सम्मान के बीच का विवाद है और "बोर्डिंग फायरिंग" द्वारा किसी उक्त का कोई रचना नही है। इसीले सम्मान में ऐंगी के साक्ष्य सुनिश्च और अन्य जने की नही विमोचनी लेने एवं सम्मान की प्रोवे और "बोर्डिंग" को कोई अधिकार या विमोचनी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीभारती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

3/8/17

[illegible]

DR. WANGCHUK DOMA

1/3rd Floor, 100, Park Road, Sector 17, Gurgaon, Haryana

DR. ABHISHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

BEH EYE INST (on Behalf of Hospital) ENTRE

1431. (5) अथ ज्ञानं च दृष्टव्यं तद्विषयं

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
Reg. No. - 51023

मान्यता प्राप्त उपस्थापना है।

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥
 ॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संयोजी प्रस्तावः ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 3

जयश्री कल्याणम् ।