

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 51/07/23 (0858/17) APPLICATION DATE: 13-09-2023

NAME of APPLICANT: MRS. DHANAM AGE-YEARS आयु वर्ष: 50 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Arumugam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

22, Zamrudpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Bis Ahore

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 80000/- (Family Income)

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

PAN No. संपादित स्वामी 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	Shakti Verma	25	M	Son
02	Arumugam	55	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) व्यवस्थापक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकल्पों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnose - (R) Cataract
	Surgery - (R) ECCE + 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 ले 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 योजना बना रहा हूँ कि इस प्रकल्प में दिने गये सभी विकास में जनकपुर के अनुसूचित क्षेत्र एवं सरो है। यदि कोई विकास एवं कृषि अलग पाया जाता है तो मैंने छात्राव निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी उम्र जो साक्ष्यता दान "कॉलेजियल फंडेशन" से तो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो एक प्रकल्प में गत गया है।
- 3) मैं पूर्णता दे कि जिस छात्राव से मुझ पर प्रश्न की गई है, उस राशि का अर्धवत्त या समस्त निरस्त किया गया कॉलेजियल फंडेशन चलाये से न तो किया है और न ही परिवर्तन में हुआ।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का जवाब हमारा है कि प्रश्न के अनुसार, (अमेरिका) अपनी संपत्ति की सुरक्षा बनाए रखने के लिए "कोलिका" नामक और उसके साथियों को अधिकृत करता है कि वेतन, पत्र, फोटो और जो विषय इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोलिका" नामक, राज, राजधानी द्वारा वर्तमान से लुटो प्रतिनिधियों और वक्ताओं के लिए किसी भी प्रकार कायम से प्रतीति करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में प्रश्न के जवाब में यह वे जवाब के लिए "कोलिका" नामक व "कोलिका" नामक अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि वेतन, पत्र, फोटो और विषय जो कि संपत्ति के वर्तमान से प्रतीति है प्रश्न का सवाल का जवाब नहीं करता इस सम्बंध में "कोलिका" नामक उसके साथियों का निर्णय अधिकृत और कायमगी होगा।

आपके कर्म के अनुसार या अंगुष्ठ या निशान



(Dhamar)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

उम्मेद अधिकृत, इसासरो को जोर से मारते/पेली को "बेलिका फाव्नेसन" से खिज सदायस हेतु सिगरिश की सती है, यिले इन (इसमत) निम्न जकार से पाल म सीकार अले है।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही जीवन में विविध साक्ष्य किसी भी प्रकार की संख्या या किसी अन्य स्तर से उच्च स्तर/प्रकार में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "जीविका काउन्टडाउन" में विज्ञापित/विज्ञापित उच्च के साक्ष्य में "जीविका काउन्टडाउन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "जीविका काउन्टडाउन" द्वारा संभवतः किसी जीविक/संभव हेतु प्रत्यक्ष नहीं किया जा रहा है तो जलजल किसी अन्य भी तरहकी संख्या या किसी अन्य संख्या के प्रत्यक्ष लेने का अधिपत सुविधा प्रदान है। इस बिंदु में स्पष्ट प्रदान किया है कि जलजल विशेष प्रदान उच्च स्तर/प्रकार में किसी भी साक्ष्य के संख्या या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेना/लेनी।
2. "जीविका काउन्टडाउन" से ले रहे साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। लेनी या इत्यादि द्वारा ले गई प्रत्यक्ष या बिंदु लेने उच्च/प्रकार या प्रदान लेनी एवं इत्यादि के बीच का विषय है और "जीविका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसीलिए इत्यादि में लेनी के इत्यादि प्रदान लेने एवं लेनी के साथ निम्न/प्रकार लेनी एवं प्रदान लेनी लेनी और "जीविका" को कोई प्रदान या निम्न/प्रकार लेने प्रदान में लेनी होगी।

स्वीकृति के लिए संमति

12.03.17

Dr. Shubhn Mehta
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
SM DMC No. 6899
डाक्टर का नाम व प्रमाण नं. रवि न.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (of Hospital)
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048

आन्तरिक उपयोग हेतु

बानी इत्यादि ।

आपकी इच्छाएं ?

Erasmus

2028