

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: S/0118/362 (1311/17)

APPLICATION DATE: 6/1/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Saulosh Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

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

late Chandkimal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-368, Jahangirpuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 12,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. दियाई खाता संख्या

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

Yes (No)
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Deewan	28	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिवेद देखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	DWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) वर्षापूर्व कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- (RF) Cataract
	Sux- (RF) Phos+101

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

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन आत्म प्रामाण्य है तो मेरी छायाचित्र निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी छुट्टी की सहायता प्रति "बीसितम सप्टेंबर", से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी अवधि की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि निम्न सहायता देते वरु प्राप्ति में न हूँ, जो एकल या अतिरिक्त या सहाय विवरण किसी अन्य प्रोडक्टिविटी/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लगे।

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 enroll 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 उत्तर हास्यकार या अंतर्गत की दृष्टि हास्यकार, यै (आवेदक) अपनी समझ की पूर्ण कक्षा है एवं "बौद्धिक फाउंटेशन और उसके न्यायीयों" का अभिव्यक्त करता है कि मेरा ज्ञान, धर्म, कोटि और जो विचार इस प्रश्न में शामिल है, उसे "बौद्धिक" एवम् न्यायी, दान, वास्तविक दूसरे उत्तरों से जुड़ी गतिविधियों और उत्तराधिकारियों के विषये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकटित करने में विवश अभिव्यक्त है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने को कि "बौद्धिक फाउंटेशन" व न्यायी अभिव्यक्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ज्ञान, धर्म, कोटि और विचार जो कि सहायता के उत्तरों से प्रकटित है मुझे स्पष्ट: सहायता का स्वरूप को बताता इस संबंध में "बौद्धिक" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय गति और अभिव्यक्ति होता।

अलैक ने इलाहाबाद आगते का निराह

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

By affixing her/his signature below, the Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following

- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

दमले अधिवक्ता दमोदरजी फरी लोका से मासले/रोगी को "डोमिका फायनैशन" से मिलिय सहायता हो सिफारिश को जल्दी है. जिसे इय (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है.

- 1) यह कि न तो पर्यटन और न ही स्थिति में स्थिति सत्यता किसी और जानकारी समान या किसी अन्य स्थिति से उच्च होनी चाहिए। यदि यह हो है, तो यह कि हमने "कोशिका काउन्टर" से निष्कर्ष निकाला कि उच्च न केवल है "कोशिका काउन्टर" द्वारा प्राप्त हो कि है। यदि "कोशिका काउन्टर" द्वारा सत्यापन किया और/या सत्य हो। यहाँ नही किया जा रहा है कि असत्यता किसी अन्य और सत्यता संभव या किसी अन्य सत्यापन से जांचा जा सके या जांचा जा सके। इस स्थिति में सत्यता जांच है कि असत्यता द्वितीय सत्यता उच्च होनी चाहिए हो। किसी और जानकारी संभव या किसी अन्य सत्यापन से नहीं होनी चाहिए।
2. "कोशिका काउन्टर" से ही गई सत्यापन संभव स्थिति प्रकृति को है। यदि यह सत्यता द्वारा ही गई सत्यता या किसी अन्य सत्यापन/प्रक्रिया का सत्यापन हो कि असत्यता को बीच का स्थिति है और "कोशिका काउन्टर" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थिति नहीं है। इसलिए सत्यापन में किसी भी स्थिति मुद्रा की जाने जाने की सारी विधेयता होनी ही सत्यता और "कोशिका" को कोई स्थिति या सत्यापन द्वारा सत्यापन में नहीं होनी।

स्वीकृती के लिए संस्वादि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/1/18

Dr. Shubhag Mohta
DMC No. 64798

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य स्थिति न

Dr. V.P. Thakral

SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी दस्ताखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यसमै हत्यापार २

Exchanged

Rich