

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/0118/363 (12/02/17)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 8/1/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Shanki Dwi

AGE-YEARS उम्र वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Hukum Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

215, St. No-17, Kalkaji New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो फॉर्म हो उस पर खींच का निशान लगाएं)

Yes/No

हो / 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 संबंध
(1)	Hukum Singh	65	M	Husband
(2)	Ranjit Singh	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के चोर्चे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- HE Cataract
	Sur:- HE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता निम्न अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो 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 KashiKa 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 सोच रहा था कि इस प्रश्न में दिनेश को सभी विभाग में जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मचारी अलग अलग बातें है तो मैंने सहायता निवेदन को वा सचदी है।
- 2) मैं इस को सहायता पत्रि "संविधान प्रावधान", जो मैं वा को है, उसका उपयोग उनी प्रश्न की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त है।
- 3) मैं यदि कहना है कि जिस विभागों में यह प्रश्न को है, जो सही वा अलग वा अलग विभाग निम्नी अन्य छोटे-छोटे विभागों में वा तो किया है और वा ही संविधान में होगा।

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 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 प्रश्न का अपने इलाक़ह या अपने भी सब लागू, मैं (अमेरिका) जहाँ सम्बन्ध की पुष्टि करता हूँ एवं "बोसिया फाउन्डेशन और उसके ज्वायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "बोसिया" समूह ज्वायों, नाम, पानकावा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और इलाक़ों में लिये जिये भी प्रसार सम्बन्ध से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निराकरण में इलाक़ में पालो या कर में करने के लिए "बोसिया फाउन्डेशन" व ज्वायों अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे स्वतः सहायता का इन्फ़ार्म नहीं पनाता। इस सम्बन्ध में "बोसिया" समूह उसके ज्वायों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

आमरेक के हस्ताक्षर या मुद्रा या निशान

PRESSION: शान्ती देवी

Mrs. Sarah Dwyer

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 neither we nor we 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अतिथिगत भक्तों की ओर से सम्मानार्थी जो "ज्योतिष्का गणेशधाम" में निविद्य सदाय्या के सिंकारिण की ज्योती है, जिसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश में द्वितीय सम्मेलन किसी भी सहायी सम्मेलन या किसी अन्य स्थान से उक्त लेखीयामले में तारी या तो हो, जैसे कि अन्य "कोशिका सायन्स" या विश्वविद्यालयिक और के सम्मेलन में "कोशिका सायन्स" द्वारा मदद हो कि है। यदि "कोशिका सायन्स" द्वारा सहायता किसी अधिक/समस्त हो मजबूत नहीं किया गया है तो सम्मेलन किसी अन्य भी सहायी स्थान या किसी अन्य सम्मेलन में सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा गया है कि सम्मेलन द्वितीय मदद उक्त लेखीयामले हो किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य सम्मेलन से नहीं लेगा लेगी।

2. "बॉलिवुड काउन्सेल" से तो यह साफ़ता ब्रह्मा विविध प्रकृति को है। ऐसी पर हमारा दृष्टि दो नई तरह या बिने गये बनार/प्रतिष्ठा का पुनर्वा ऐसी एवं हमारा से बीच का विषय है और "बॉलिवुड काउन्सेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिए हमारा में ऐसी के द्वारा दृष्टि और जाने जाने को भी विविधता ऐसी एवं हमारा को ऐसी और "बॉलिवुड" में कोई प्रकाश या विविधता इस प्रकार में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्मृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/01/18	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-8, Kailash Colony New Delhi-110 005
--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामै मान्नाह ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो ह्यष्टादशः ।

Sefernyj

2020