

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO.: 5108181216 (128718) APPLICATION DATE: 22/8/18
आवेदन संख्या : अवधि तिथि

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम MR RAJESH

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

39 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lt. Bhanu Singh
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पड़ा
A-257, ATR Camp Akhla-IV New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थायी पड़ा

As Above



OCCUPATION: Driver

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्पाई नंबर मालिक

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जरूर कर रहा है (जो नाम से उस पर सही का निश्चय लगाये)Yes ()
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के संघर्ष सम्बन्ध
①	Rakesh	36	F	Wife
②	Ashish	18	M	Son
③	Ishita	16	M	Son
④	Kashish	14	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड सहाय
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	अस्थायी कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	इष्टपोषका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते हुए गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकर से लाए वाली गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diaq:- RE catarract
	Surg:- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के द्वारा कार्ड अन्य सहायता चिन्हित आय दर्शाते हो लिया गया है।

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
		111

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन का प्राप्तकर्ता का घोषणा पत्रः

- 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 योग्यता करता हूं कि इस प्रकार मे दिये नवे चर्चे विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च हैं। यदि कोई विवरण इस बजाय असच्च होता है तो मैं उसे जाहिरत निवार के बहुत हूं।
- 2) मीं इस की समाजिक दृष्टि "कोशिका फाउंडेशन", मे रहे जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मे खा रखता है।
- 3) मैं पूर्ण बहात हूं कि विवरण समाज के लिए उपयोग की रूप है, उस लिए कि अधिक या उचित निवार प्राप्ति नहीं हो जाती है और न ही परिवर्तन मे पूर्ति।

AGREEMENT by APPLICANT (आप्लिकेशन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its 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 प्रकार मे अपने समाजका या अपने की जाति भवान, मे (आप्लिकेशन) अपनी समाजीय की पूर्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे बड़े जो विवरण इस उपयोग मे आपूर्त है, जो "कोशिका" एवं नामों, जाति, प्राचीनता एवं उत्तरेष्य मे उनकी प्रतिविवरण और उपलब्धियों के लिए जिसी भी जाति भवान मे प्राप्ति जाते के लिए अधिकृत है। मे इनका वाले विवरण मे जाति या जाति मे बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नवाचे अधिकृत है।
- 2) मे (आप्लिकेशन) इस बात से जहांत हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे बड़े विवरण को जो समाजका उत्तरेष्य मे प्राप्ति है उन्हें सत्ता; समाजका उत्तरेष्य नहीं बदलता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके नामों विवरण या निवार अधिक भी अधिकृत होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आप्लिकेशन मे दायांघात का अंदरुनी का निवार

9
9/5/19

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल परा करना)

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:

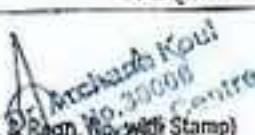
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other sources, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 sources.
- 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.

इसी अधिकृत, इसकार्य को और मे प्राप्तवार्यों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण समाज के लिए जाति विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निवार उत्तर ये बदल य स्वीकार करते हैं।

- 1) कि कि व ही अधिकृत और व ही विवरण मे विवरण समाज की जिसी भव्य भौतिक एवं उत्तर एवं उत्तरान्तराल मे जाते या जाते हैं, जिसे हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा समाज की जिसी जाति विवरण के अनुसार गुणित करता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा समाज की जाति विवरण के अनुसार गुणित करता है। हम पूर्ण मे उपयोग जाता है कि आपका उपयोग परावर उत्तर य समाजीय भौतिक से उपयोग गिर जाता है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जाति गई उत्तरान्तराल के बाहर विवरण प्रकृति की है। यही या हस्पताल द्वारा ही यह सत्ता या विवरण उपयोग का व्यवहार होती है। इसीलिये हस्पताल मे योगों के हस्पताल गुण और अपने जाते योगों के साथ विवरण द्वारा ही यह समाज की जाति विवरण की जाति विवरण को प्राप्त करता है।

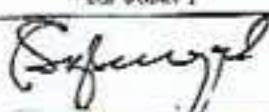
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख	 Dr. S. Raghav Koul (Name of Dr. S. Raghav Koul with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं उत्तरान्तराल के रूप में	Dr. V.P. Thakral Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE Care (Beneficiary of Hospital) A-9, Kellie Road, Chembur, Mumbai 400 016 New Mumbai, Maharashtra 400 016
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आप्लिकेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम से हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम से हस्पताल 2

