

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 5/1218/343 (1028/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 29/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sumita Vij
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 52
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Dheeraj Vij
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता

N-60, Lajpat Nagar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासस्थान पता

As Above

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	Yashika	28	F	Daughter
2	Sahil	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Treat- RE Phacoemul

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई निरास एवं कथन गलतपात्र पाया जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में धारण किया है।

3) मैं प्रतिबद्धता करता हूँ कि इस सहायता लेने बाद प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर व फोटो की छाप लगाकर, ई. (अवेक) अपनी सामग्री की पुष्टि करता है एवं "कोशिका कारागारों और सड़के ग्याहों" को अधिकृत करता है कि वे न तो नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एन्ड एजेंसी, ब्रज, राजस्थान द्वारा उद्देश्य से पूर्ण गोपनीयता और उपर्युक्तों के विरुद्ध किसी भी प्रकार सामग्री को प्रमत्त करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निराकरण भी इसका एक भाग है व इसे व कारों के लिए "कोशिका कारागारों" व एजेंसी अनिवार्य है।

2) मैं (आवेदन) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रता से जुड़े हैं वे मुझे सदा छात्रता का हकदार नही बनाए। इस संबंध में "कॉलेज" एक समूह व्यक्तियों या निर्गुण व्यक्ति और कामकाजी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के दृष्टांत का जगह पर स्थित

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तक्षेप द्वारा सहमति)

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 the matter.

हमारे अधिकांश ग्राहकों की ओर से समर्थन/सहरी को "पॉजिटिव चरित्र-ट्रेन" से जितना साक्षात् और रिपब्लिश की जाती है, तितना हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से कार्य में सहायता करते हैं।

[illegible]

2. "कोशिका पाठ्यलेखन" में जो गई व्याख्या लेखन विधि में प्रयुक्त की है। कभी-कभी व्याख्यात्मक रूप से यह व्याख्या कि निर्दिष्ट की व्यवस्थाओं का तुलना से ही व्याख्या के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यलेखन" द्वारा किसी व्याख्या का कोई व्याख्या नहीं है। इसलिए व्याख्या में होने के कारण मुख्य और अन्य व्याख्या की जाती विषयों से ही व्याख्या की जाती है। "कोशिका" की व्याख्या का विषयों से ही व्याख्या की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हथिपाती के लिए संज्ञा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/12/18

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 64792
Shroff Ex. Cntr.

Dr. V.P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SHROFF EYE CENTRE
A-1, Kirti Vihar, New Delhi-110017

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हायडार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

महर्षि हरदासः ।