

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K11218/1955APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 12/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम MD. EDRISH.

AGE-YEARS आयु-वर्ष 69

SEX लिंग M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम A212 MIA.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

F-6 ROAD KHARJAN NORTH DELHI
सुभाष नगर नई दिल्ली

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय 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 / No
हां / 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 से संबंध
1.	MR. EDRISH	69	M	SELF
2.	WIFE	68	F	WIFE
3.	MR. JASAN	25	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन निशानी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E. (SUCCESSION)

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 कौन सा सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: मी वर नोंद घेतलेल्या माहितीची खरेपणाची पुष्टी करतो/करते आहे.

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में मिले गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही जानकारी के बिना सही नहीं करवाया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशल विकास योजना", से मिले गए सभी धन, प्रशिक्षण प्रदान करने वाले संगठन को मुझे मिले बिना उपयोग, के इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस धन के लिए, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस धन के लिए, के लिए नहीं करवाया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please fill out)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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.
- 3) इस तरह या जगने इत्यादि का कोई भी चक्र संचालन, मैं (अर्हताक) जगने याजगी की उद्दिष्ट प्राप्त हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीय" की अधिभूत ब्रह्म हैं कि वेद जग, याग, भोते और के विधान इस तरह में भोतिष्ठ हैं, उक्त "कोशिका" चक्र न्यायी, चक्र, चक्रचक्र चक्र उद्देश्य में मुझे भोतिष्ठिभोते और उद्देश्यिभोते में निरने निरने भी उक्त चक्रचक्र में उद्देश्यि चक्र में निरने अधिभूत हैं। ये उद्देश्य का विधान ये उद्देश्य के चक्रों या चक्र में चक्रों के निरने "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिभूत हैं।
- 4) मैं (अर्हताक) इस बात में सहमत हूँ कि वेद जग, याग, भोते और विधान के विधानों में उद्देश्यि में मुझे उक्त: चक्रचक्र का उद्देश्य या चक्रचक्र इस चक्रचक्र में "कोशिका" चक्र उद्देश्यि न्यायीय का निरने अधिभूत और चक्रचक्रचक्र चक्रचक्र

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

aniversar de grupar se simt în timp



AGREEMENT by HOSPITAL. (EXPIRES 200 WEEK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Kishika Foundation, we (Honorati) 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.

हार्द अतिवृद्ध, हृदयहीन की ओर से पापलेखनी को "बोरीबक पापलेखनी" से विविध प्रशंसा से विभोरित की जाती है, किंतु वृद्ध (हृदयहीन) विषय प्रकाश से साधु व जीवित नहीं है।

- 1) यह कि न तो महिला और न ही महिला में जिनका सम्बन्ध किसी भी प्रकार का होगा या किसी अन्य स्तर पर इस संदर्भितों में लगे या हो रहे हैं, वे ही कि इनके "मौलिक सम्बन्ध" से निष्पत्ति/निष्पत्ति इस से सम्बन्ध में "मौलिक सम्बन्ध" इस तरह से कि कि "मौलिक सम्बन्ध" इस सम्बन्ध किसी सम्बन्धित/सम्बन्धित से सम्बन्धित नहीं कि कि सम्बन्धित किसी अन्य कि सम्बन्धित सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धित से सम्बन्धित लगे या सम्बन्धित सम्बन्धित है। इस दृष्टि में सम्बन्धित सम्बन्ध कि कि सम्बन्धित दृष्टि सम्बन्धित सम्बन्धित से किसी कि सम्बन्धित सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं सम्बन्धित।

2. "बौद्धिक सार्वजनिक" से हो यह समझा जाता कि किन इष्टि की है। ऐसे या इच्छाएं इस से यह समझा या किने से सम्बन्धित या भुक्त ऐसे से सम्बन्धित से होना या किन है और "बौद्धिक सार्वजनिक" इस किने समझ या किने समझ की है। इसमें सम्बन्ध में ऐसे से समझ भुक्त और किने से हो किने किने किने किने से सम्बन्धित हो किने और "बौद्धिक" की किने किने या किने किने से हो किने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीवरी के लिए संभलति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Hrishankar Nag M.S. (OPHTH) (Name of Dr & Rank, No. with Stamp) डाक्टर का नाम पं. संख्या & स्टैम्प	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) पं. सं. का हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 पं. सं. हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पं. सं. हस्ताक्षर 2	
		