

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: 5/0119/329 (42/19)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/11/19

आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Parkash Chand

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62 yrs

SEX लिंग

Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Bablu Ram

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

G-8, Harkash Nagar, Ghaziabad N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Security Guard

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखाई खाता 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 (Ha)

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Snehlata                                        | 48                         | W/F            | Wife                                          |
| 2                      | Shivam                                          | 27                         | M              | Son                                           |
| 3                      | Shammi                                          | 20                         | F              | Daughter                                      |
| 4                      | Pammi                                           | 17                         | F              | "                                             |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा को नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diag:- LE Cataract                                                                           |
|                        | Tx:- LE Phaco+IOL                                                                            |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>की गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक हार्द सोलंका पत्र

- 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 Kashiya 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 पत्र में दिए गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोईकिस प्रकार" के लिए आ रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न पत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पत्र भरा जा रहा है, उस राशि का अधिक या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (जयदेव झा वरुण)**

- 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/post-up/republish 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुँह के दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृत्वियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम ब्यूरो, चर, नाचबन्धन द्वारा इन्टरनेट से सुधी विविधिकाओं और उत्सविकाओं के लिए विविध व प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम ब्यूरो अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनेदवा च हस्तपुत्रा च अंगुलि च विजय

ON: पूजा/21 च-३

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 जीवन में, हमेशा की भाँति और भी हमारे/होने को "बोसिनाय फाउन्डेशन" से विशेष सम्बन्ध हो। निवारित की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित साधनों किसी और सरकारों संस्थान या किसी अन्य संस्था से प्राप्त होगी/पावनी में सेने या ले जड़े है, जैसे कि अपने "कॉन्सिडर फाइनमेंट" से सिफरिफिडिफिगीत उपाय को सम्पन्न में "कॉन्सिडर फाइनमेंट" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर फाइनमेंट" द्वारा साधन निर्मित अधिकार/संसाधन हेतु समुदाय नहीं दिया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विहित प्रदत्त उपाय/पावनी हेतु किसी और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लोपा/लेयी।
2. "कॉन्सिडर फाइनमेंट" में तो यह साधन/संपत्ति विहित प्रदुक्ति की है। ऐसी पर हस्तगत द्वारा ही यह साधन या संपत्ति एवं उपकरण/संसाधन का प्रयोग ऐसी एवं संस्था को बीच का विधि है और "कॉन्सिडर फाइनमेंट" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए इसका मत है ऐसी को इसका सुरक्षा और अपने अपने को जारी निम्नोपरी ऐसी एवं हस्तगत की होती है। "कॉन्सिडर" को कोई धुनिका या निम्नोपरी इस साधन में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

15/1/19

---

Dr. Anubha Mishra

DMC Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

अभिमानं द्वाभ्यां किं मानं कं हस्तात्ता य एति न

FOR INTERNAL USE - LYON

Dr. V. P. Thakra

Medical Department, Group of Authorized Signatory  
HOSPITAL OF THE ARMY OF THE UNITED STATES

PROFF EYE CENTRE (Hospital)  
A. P. Kulkarni, Director, Bhamatam, Bangalore, Karnataka

~~Non-Domestic~~ 028

ଆମାଲକ କୁମାର ସାହୁ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नमो भगवते ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मार्गदर्शक

Self