

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/1119/278 (2019/19) APPLICATION DATE: 2/11/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Sathar Ali AGE-YEARS आयु-वर्ष 50y SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Nether Ali
पिता/हस्ता या नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

G-3/66, Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Gardner
व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 70,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खूनी का निशान लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Saira Begum	56	F	Wife
(2)	Hameed	25	M	Son
(3)	Sahib	22	M	Son
(4)	Masrur	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/सूची संलग्न
	Diagn- LE Catarrh
	Sucri- LE Phacet 10L

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातेवक इति घोषणा परः

- 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 जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस घोषणा के अनुसार यदि "कोशिका फाउंडेशन", से मुझे सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मेरे लिए उक्त राशि के लिए कोई भी भुगतान/प्रतिपूर्ति नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Signature and Title)

- 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 प्रपत्र का अर्थ है कि मैं (अर्जितकर्ता) अपनी छवि और पता सहित केवल तभी उपयोग करूँगा हूँ जब "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिस्तृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" समग्र न्यायी, राज, सम्प्रदाय द्वारा उद्देश्य से चुनी गई निमित्तों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिस्तृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में उल्लेख के बिना या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" या व्यक्तियों अधिस्तृत है।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात्कार के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः साक्षात्कार का हवाला नहीं बनाना। इस संबंध में "कॉशिका" समग्र उसमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

इससे अधिकतर प्रस्तावों को ओर से वापस/रंगी को "कोरिक्टा फाइनलेशन" में विभिन्न मसाला से शिवांशित करी जाती है। जिसे हम (इसमजल) निम्न प्रकार से वापस व स्पष्टीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही अधिष्ठा में स्थिति स्थापना किसी एक कारक की संज्ञा या किसी अन्य गुणों से उभरती होगी। यहाँ पर यह है, जैसे कि हमने "कोशिका कायन्टोन" से सिद्धांत/विधि उभर के सम्बंध में "कोशिका कायन्टोन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका कायन्टोन" द्वारा स्थापना स्थिति अंतर्गत/समस्त हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्वास्थ्य किसी अन्य एक कारक की संज्ञा या किसी अन्य सम्पादन में महाकाय लेने का अधिष्ठा सुनिश्चित रहता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कल जाता है कि अस्वास्थ्य द्वितीय मदद उभर के ही पाएँ हेतु किसी एक कारक की संज्ञा या किसी अन्य स्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका कायन्टोन" से तो यह स्थापना केवल स्थिति प्रकृति की है। ऐसी पर अस्वास्थ्य द्वारा दो मद सहाय या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं अस्वास्थ्य के बीच का विपणन है और "कोशिका कायन्टोन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये अस्वास्थ्य में ऐसी को इस्तेमाल सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं उपपत्तियों की होती है और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्हीं कलाओं के लिए संरक्षित

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

2/11/19

Dr. Shobha Mehta
DMC No. 222

Shroff et al. 8

THE

CV 4023

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent
Public Dispensary

THROFF EYE CENTER

A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048

New Point-120 974

Signature & Stamp of Authorised Signatory

behalf of Hospital.)

हरमताल अधिभूत अधिकांश

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सामां प्रत्यक्षः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवमी इन्द्रावर १

Exemplar

Rich