

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता छेत्र आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S11191282 (2020/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 4/4/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Narendra
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
50

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Raghvi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता

C-111 Sri Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता

1st Floor



OCCUPATION: Auto Driver

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.80 Lacs
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सापण संबन्ध)

PAN No. स्थान संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दात हैं (जो मात्र हो उस पर सही का नियान साझा करें।

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष) 46	Gender लिंग F	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध wife
	Raghvi	25	M	wife
	Akash	22	M	son
	Bipin	19	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरित आधार:

BPL Card
(Attach Card Copy)
बीपीएल के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की ओर इसी संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय की प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की ओर इसी संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की ओर इसी संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवाही का उद्देश्य:

Sl. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न

Diagn - UC Cutaeract

Sus - UC Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sl. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED

ली गई सहायता राशि

9411

DECLARATION by APPLICANT: मानेक द्वारा 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 योग्य करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये गारी विवरण गहरे जनकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त हैं। यदि ऐसे विवरण इन कानून अनुसार सत्य नहीं हैं तो उन्हें योग्यता नियम की बाबत है।
- 2) मैं दाव के समर्थन गति "कोशिका फाउंडेशन", से जो जा रही है, उसका उपर्युक्त उत्तीर्ण योग्य है औ विवरण जारी, जो इस प्रकाश में सत्य नहीं है।
- 3) मैं युट्ट करता हूं कि विवरण योग्य योग्य हो चुके हैं, तब यहां का विवरण योग्य योग्य हो चुका है तो विवरण योग्य हो चुका है।

AGREEMENT by APPLICANT (मानेक द्वारा कराया)

- 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/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्राप्त अपार्टमेंट के अंदर भी दाव लागता है (मानेक) जगती जारी हो युट्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जनकारी" को अनियन्त्रित करता हूं कि ये कम, पता, जोड़ी और जो विवरण इस प्रकाश में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं नाम, नाम, याचनाच दूसरे उदाहरण से नुस्खे विवरणों और उपलब्धियों के लिये दियो भी प्रकाश लाभन से प्रतिक्रिया करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकाश का मिसान में इसका काम करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व जगती अधिकृत है।
- 2) मैं (मानेक) इस बात से सहमत हूं कि यहां नाम, नाम, फोटो और विवरण को कि लागता है उदाहरण में दिया गया है युट्ट करता हूं कि लागता है अपार्टमेंट में प्राप्ति हो जाए तभी लागता है अपार्टमेंट की जगता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जनकारी का विवरण अंतिम और वाच्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

मानेक के इसकार का आगृह का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्ति द्वारा करा)

By affixing herunder, 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.

इसका अधिकृत, इसकार की ओर से लागती/एवं जो "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण लागता है तो यहां दिया गया इसकार से जान्य या लोकार्य करते हैं।

- 1) कि कि न तो बहिर्भूत और न ही विद्युत में विवरण लागता दिया गया या लागता या लोकार्य की ओर से उस उपलब्धियों से लोग या लोगों को लागता है, वैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरण उपलब्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्य होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचना दिया गया है तो अपार्टमेंट की ओर से लागती गया या दिया गया अपार्टमेंट के लागत के लागत की ओर से योग्य योग्य होता है। इस युट्ट में स्वयं करता है कि लागता है अपार्टमेंट के लागत की ओर से लागत की ओर से लागत होती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही ही यह लागत अपार्टमेंट की ओर से दिया गया इसका दाव यह यह लागत की ओर से लागत की ओर से लागत होती है। इसकी दाव का योग्य योग्य नहीं है। इसकी दाव की ओर से लागत की ओर से लागत होती है। इसकी दाव की ओर से लागत होती है। इसकी दाव की ओर से लागत होती है।

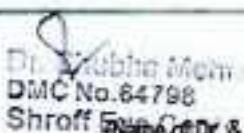
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अपार्टमेंट की तारीख

11/11/19

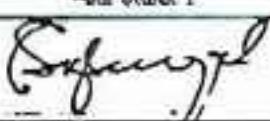

Dr. V. P. Thakral
DMC No. 64798
Shroff Eye Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दावका का नाम व इस्पत्ति का नाम


Dr. V. P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kalaghoda, Mumbai - 400 040
अपार्टमेंट अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अपार्टमेंट अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जगती इस्पत्ति 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
जगती इस्पत्ति 2

