

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/1219/309 (0681/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 2/12/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Raj Bala
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 52
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gurram Singh
पिता/हर्षण का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

D-3, Taitpur Badliapuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/- (family income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली रखें

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

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)	Gurram Singh	55	M	Husband
(2)	Vikram Singh	32	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) इसकी प्रत 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 किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug:- LE Vitreous Hemorrhage
	Surg:- LE Vitrectomy + Membrane Surgery + LIO

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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा 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 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.

- [illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (सावेदक द्वारा करार)

- 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 का अपने हस्तक्षेप का अर्थ ही जान लें, यहाँ (अनेक) अपनी समझ की पूर्ण कला है एवं "कोशिका चरचरेण और उसके ज्योतिष" को अधिभूत करता है कि ये भगवत्, पशु, कोटी और को विचार इस प्रश्न में संश्लेष है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योतिष, दार, मानस्य दूतों उद्देश्य से कुछ परिधिस्थित और उल्लिखितों में लिखे किन्हीं को प्रसार मान्य से प्रसार करने के लिए अधिभूत है। ये प्रश्न का विचार भी हस्तक्षेप के हस्तक्षेप या हस्तक्षेप के हस्तक्षेप के लिए "कोशिका चरचरेण" व ज्योतिष अधिभूत है।
- 2) ये (अनेक) इस बात से समझते हैं कि ये भगवत्, पशु, कोटी और विचार को कि हस्तक्षेप के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे प्रसार: मान्यता का हस्तक्षेप जो करता है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योतिषों का निर्णय अंत्य और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Raj Bala

AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा बजार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समलेखी को "कॉलिका फायनेंस" से विविध सहायता हेतु विचारों की मांग है, जिसे हम (उम्मातल) नियम प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्तमान और न ही खलिय में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त रोगी/रोगियों को दी जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिटर/मिडिल क्लास के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्तियों हेतु म-नुर की बिना सहाय है तो अत्यन्त किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार भुजित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विहित पदर बना रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विहित प्रवृत्ति की है। रोगी पर दृष्टान्त द्वारा ही यह सहायता का बिन्दु नये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार हेतु एवं इसका प्रचार के बीच का बिन्दु है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकल नहीं है। इसलिये दृष्टान्त में रोगी को दृष्टान्त सुलभ और अन्य जाने की खरी विभिन्न रोगी एवं दृष्टान्त की रोगी और "कोशिका" को कोई भुजिका या विभिन्न रोगी इस मामले में नहीं रोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संख्या

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/12/19

Dr. Aashraya Karpe
DMC No. 67384
Shroff Eye Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रार व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
 Medical Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 (SHROFF EYE CENTRE - On Behalf of Hospital)
 A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019
 Mobile: 98100 11001, 98100 11002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रजी ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 न्यासी हस्ताक्षर 2

lieve