

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 3/12/19/311 (2085/19)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 2/12/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Om Prakash
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 54
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Maharaj Singh
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

25/211, Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Tailor
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 15,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थान खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ संबंध
1	Kaushalya	50	F	Wife
2	Narendra	29	M	Son
3	Sunil	29	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेखा 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) उपभोग्यता 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Diag:- LE Chest X-ray
	Sus:- 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो आंशिक रूप से और न ही सम्पूर्ण रूप से सहायता के लिए कोई भी रिफंड/पैसे वापस करने की मांग नहीं की है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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/put-up/produce 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 प्रश्न पर अपने इच्छाकार या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायीयों, दान, सहायता आदि उद्देश्य से छोटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के अन्तर्गत या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे इससे: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और माध्यमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आर्यसूक्त के हस्ताक्षर या अंगुष्ठे का निशान

om prakash

AGREEMENT by HOSPITAL. (दरपचास रुपय अन्तर)

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 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.

हमारे अधिकृत, इस्तालाफ़ों की ओर से मारपीतों को "बर्बरता का उन्मूलन" से निवारित करने के लिए सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (इस्तालाफ़) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान्न और न ही शरीर में विविध खाद्यों किताँ गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समूह से उक्त रण्य/समूहों में लेने या ले खे है, जैसे कि अपने "कॉलिका फाउन्टेशन" से विकसित/विश्वी ६६६ के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्टेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्टेशन" द्वारा समर्थन विनिर्तित ऑलिव/समूह हेतु मनुष्य की किंच ज्ञात है तो सम्भवत किताँ अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से समर्थन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवत द्वितीय मरद जमा लेने/समर्थन हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से की ले/लेगी।
2. "कॉलिका फाउन्टेशन" से ही कोई सम्भवत संकेत विविध प्रकृति की है। ऐसी पर सम्भवत द्वारा ही कई सत्य या किंचे गये उपवास/प्रतिष्ठा का चुनाव लेने एवं सम्भवत के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। हालाँकि सम्भवत में ऐसी के उत्पन्न मुख्य और अपने जाने की खाली किंचे/उत्पत्ति लेने एवं सम्भवत की रण्य और "कॉलिका" की कोई प्रीविका या किंचे/उत्पत्ति इस सम्बन्ध में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संज्ञाति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Shubha Mehra DMC No. 6089 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व दस्तावेज नं. सह स्टैम्प	Dr. V.P. Thakral Medical Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SHROFF EYE CENTRE (Institution / Name of Hospital) A-9, Kailash Colony (Address)
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	