

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/0323/387 (699/23) APPLICATION DATE: 18/3/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम Mr. Geeta Rani 48/F F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Inder Narain Kaur
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता
468, JJ Colony Mayapuri, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता
As Above



OCCUPATION: h/w
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.50 Lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. माई छात्र संख्या

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

Yes (हाँ) / No (नहीं)

क्या आप आय कर पayers हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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)	I. N. Kaur	53	M	Husband
(2)	Vinay	26	M	Son
(3)	Kajal	20	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुस्तिका संलग्न
	Dr. RE Consultant
	Sub: RE Phace + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिए गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आदेशक उद्योग बोर्ड का

- 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 Kashioka 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 यहाँ पर कबत हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कबल असत्य सत्य सचता है तो मैं यहाँ पर निम्न को वा स्वीकरी है।
- 2) मैं इस में स्वीकरी दित्त "कोशिका फाउंडेशन", से एच-व सही है, उसका उपयोग दत्त उद्देश्य को पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में परा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रार्थना की गई है, इस सहायता को आशंक या सफल किया किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या को लिया है और न ही सहायता में लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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, shall be 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोहर की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भर्तित है, उन्हें "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा स्वयं, दान, समन्वय या दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों को सिने सिने भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण हो इसका को पहले से ज्ञात से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वयं अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को नि कौशिका को उद्देश्य से प्रकाशित है कुछ स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस अवधि में "कोशिका" फाउंडेशन उनके स्वतंत्रता का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनेक न. ४४२४५ ग. अंगी या निवास

GNEETA RANI

$$DT \text{ AP} \rightarrow DT \text{ AL}$$

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करारा)

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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 अभिमुख, हमेशा की ओर से भाष्यकर्ता को "कोशिका व्यवस्था" से निर्णय प्रदानता से विभक्त की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करने हैं।

- 1) यह कि न ही वर्णन और न ही शक्ति में मिलित प्रमाण कि किसी भी अवस्था संभव या किसी अन्य लोगो से उसका ऐतिहासिक में लगे का ले ले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाइनेशन" के सिद्धांत-विशेषों के साथ में "कोशिका फाइनेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइनेशन" द्वारा सहायता मिलित जाति-संरचना हेतु मरने की शक्ति प्राप्त है तो अवस्था किसी अन्य भी अवस्था संभव या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्था द्वितीय पर उस ऐतिहासिक हेतु किसी भी अवस्था संभव या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया-लेगी।
- 2) "कोशिका फाइनेशन" से ले ले सहायता संभव शक्ति शक्ति की है। ऐतिहासिक पर आधारित द्वारा ही यह सहायता या शक्ति गये उपचार-शक्ति का पुनर्गामी एवं द्वितीयता के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहता नहीं है। इसलिये हमारा में ऐतिहासिक के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी विधेदारी गंगा एवं द्वितीयता के द्वारा और "कोशिका" को कोई शक्ति या शक्ति-विशेषों इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्हींप्राणी को लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/3/23

Vinita Jain
Dr. Vinita Jain
(Name of Dr. & Regn. No.) OMC No. 195
एम्. सी. नं. १९५
Shroff Eye Centre

(Name, Designation & Stamp of the Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हमसल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो रमेश्वर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर १

Exempel

Self