

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 3/0622/107 (31/12) APPLICATION DATE: 30/6/22
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kailash
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष 65
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Om Prakash
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-24, 1st Sangam Vihar Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2-50,000 (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बंध
1	Shanti	61	F	Wife
2	Murkesh	40	M	Son
3	Ravi	35	M	Son
4	Rajni	30	F	Daughter

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagn:- L4 Radicular Dystachymia + Catamen
2	Sym:- L4 Vitrectomy + 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 ली गई सहायता राशि
1	Nil	

DECLARATION by APPLICANT: **अर्जद्वारा दिये गये 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निवेदन को न्यस्त करी जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न मिलने वाले किसी भी प्रकार के भुगतान के लिए नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक दाव नगर)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सम्पत्ति की मुद्रि करता हूँ एवं "कौशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कौशिका" समूह न्यासी, चर, पाठक/श्रद्धालु दूसरे उद्देशों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाएगा। इस सम्बंध में "कौशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इमताज़ या अंगरे का निखन

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 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 अधिकार, हस्ताक्षरों की ओर से भाषने/गोणी को "कॉलिका फाउन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व समीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही परिषद में किसी सहायक किसी के सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च लेखा/प्रकार में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फंड-लेखन" से विचारित/विनिर्मित उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फंड-लेखन" द्वारा पद लेने कि है। यदि "कोशिका फंड-लेखन" द्वारा सहायक विनिर्मित अतिप्रकार/प्रकार लेने मन्त्र की किया जहाँ है तो असाधारण किसी अन्य के सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि असाधारण विशेष पद उनसे लेने/पाने लेने किसी के सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फंड-लेखन" से लेने यदि सहायक संस्था विनिर्मित प्रकृति की है। लेनी का असाधारण द्वारा ही गई सहायक या बिन्दु गये उपकार/प्रक्रिया का सुचारु लेनी एवं हस्तागत के बीच का निष्पत्ति है और "कोशिका फंड-लेखन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। अतिरिक्त असाधारण में लेनी के असाधारण सुचारु और अपने जाने की भारी विनिर्मित लेनी एवं हस्तागत की लेनी और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या विनिर्मित इस सम्बन्ध में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की तरीका

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Shroff Eye Hospital
Dr. V. K. Sharma, Director

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यस्य हस्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ७