

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: S/0722/109 (269/22)		APPLICATION DATE: 02/07/22			
NAME of APPLICANT: Mr. Ram Kumar		AGE-YEARS 63 वर्ष		SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: Kundan Lal Sharma					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 17/18 Gurgaon Colony Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above					
OCCUPATION: Unemployed				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME:				(Attach Proof of Income)	
PAIN No. यदि कोई हो तो लिखें -					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes (हाँ) / No (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	
01	Rishi Sharma	35	M	Nephew	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की शिथि सिद्धि आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस ईएस वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Long:- LE Cataract				
	Short:- LE Photo + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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			
NIL					

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a citizen of the United States. ☐ I am a resident of the United States. ☐ I am a resident of the United States.

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर चुका हूँ।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या इस सहायता के पूर्ण या आंशिक रूप में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलाना है और न ही भविष्य में मिलाना है।

AGREEMENT by APPLICANT (**ଅନୁମୋଦିତ ଦ୍ଵାରା ପ୍ରାର୍ଥୀ**)

- 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 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 उत्तरदाता या जगते को साथ लाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, धन्यवाद या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रोचित है जुड़ी लाभ; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके कर्मचारी को कलकत्ता का स्थान का विवरण

२५५ अ० ३।२

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिष्ठाता, इलाहाबादी घो और से मामले/तंगी घो "कोशिका काउन्सेलर" से विधि सहायक हेतु लिखित की बातों हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जातिगत और न ही शक्तिगत में विविध सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभरा होना चाहता है। वे सोचें या तो नहीं हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विफारित विनोद डत्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनोद आशिम डत्त हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अवगत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस संदर्भ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत द्वितीय चरण उभरा होना चाहता है हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा लेगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता कोशिका निर्माण प्रकृति की है। सोचें या हस्तगत द्वारा ही वह सहायता या किसी अन्य उपचार/इन्फ्रिमा का मुकाम होनी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्तगत में सोचें के इलाज मुक्त और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी सोचें एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई सहायता या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीयता के लिए संस्कार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/07/22

Dr. [Signature]
 UMC No. 34793
 Shree Eye Centre
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम पं. संस्था व छाप

Dr. Vandana Gupta
MEDICAL DEPARTMENT
Medical Superintendent (Hospital)
Shroff Memorial Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Kapoor, Coligny, New Delhi-110043

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 बाबा दत्तात्रेय ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी दयाशंकर ?

100