

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : 8/0722/114 (192/22) APPLICATION DATE : 05/07/22

आवेदन संख्या :

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramesh Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ता का नाम

Bhola Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

R-29, Tigris, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION :

व्यवसाय

Barber

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.50 Lacs

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न) -

PAN No. : स्थायी खाता संख्या -

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

क्या आप आय कर देता है (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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Bhawana	50	F	Wife
02	Narraj	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लक्ष्यी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का 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 किये गये चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	Digital RE Contrast
	Sugar RE Phacolytic

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है?

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

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 in, and

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सच्चे हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने स्थापना से या कर्मचारी से नहीं है, उस राशि का अवशेष या वापस किया किसी अन्य स्थापना/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से। तब निरास है और जो भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों का अर्थ की स्पष्ट समझना है। (अन्वेषक) अपने सहयोगी की मुद्रि करता है एवं "कॉरिन्थ कान्टेनर और उसके व्यक्तियों" को अभिप्रेत करता है कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कॉरिन्थ" एम्बेड करने, पता, सम्पर्कता द्वारा उत्प्रेषण में मुझे प्रतिनिधित्व का उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से इस्तेमाल करने की स्पष्ट अभिप्रेत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इनका के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरिन्थ कान्टेनर" व जारी अभिप्रेत है।

2) मे (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में शामिल है मुझे पता; सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इन सम्प्रदाय में "कॉरिन्थ" एम्बेड उनके व्यक्तियों का निर्माण और सम्पर्कता से।

उत्प्रेषण: वे इराक़ पर या अंग्रेज़ों का निषेध

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

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 parents & 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.

2. "कोरिया पाउन्डेशन" से जो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हमलावा 2010 में यह सलाह का बिन्दु पर उपचार प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमलावा की बीच का विषय है और "कोरिया पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीसे हमलावा से ऐसी को हलवा गुप्त और जान-बूझने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलावा की ऐसी और "कोरिया" की कोई गुप्तता का जिम्मेदारी दत्त मामले में नहीं होती।

म्यीषाओं के लिए संस्तुति

Dr. Vandana Gupta
M.D., D.C.P., M.B.A. (HCS)
Medical Superintendent
Shree Eye Centre
Kailash Colony, New Delhi - 110048

अन्तरिक उपग्रह से

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2