

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : 5/0722/0121 (402/22)		APPLICATION DATE : 07/07/22			
NAME of APPLICANT : Mr. Ram Swaroop		AGE-YEARS आयु वर्ष		SEX लिंग	
		62		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Gendrakam					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : A-11, 205 Madangir New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above					
OCCUPATION : Labourer				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 50,000/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
☒ Yes ☐ No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS : पारिवारिक 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	Premavati	55	F	Wife	
02	Deepnarain	34	M	Son	
03	Sudish	31	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग 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 चिकित्सीय उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या	Diagnostic LE Cataract Rxn LE Phacoemul				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		
NIL					

DECLARATION by APPLICANT आवेदनक हुता संकेत: १३:

- 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 योचन करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इससे सहायता लिये "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है। उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में बता गया है।
- 3) मैं योचन करता हूँ कि इस सहायता से एक प्रत्यय का लक्ष्य है। मैं नहीं या अतिरिक्त या सकारण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीकवरी है और न ही रीकवरी में लूण।

AGREEMENT by APPLICANT (50-104 (70-80))

- 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 on 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 का उत्तर देना या उत्तरों को छान लेना, मैं (अर्पक) अपने सम्बन्धित को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण या अन्य उद्देश्यों के पूर्ण उपयोग के लिए निर्धारित और उपयोग के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रकाशित को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी को निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थशास्त्र के दृष्टिकोण से अंग्रेजों का विचार

21/11/2024

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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 अधिकतम इच्छाशी की ओर से माधवदेवों को "कांशिका काउन्सेलर" से विनियम सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही भविष्य में विविध संस्थाओं किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य इकाई से इस संस्थागत रूप में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कॉलेज फायरिंग" से शिक्षण विनिर्देश इस के सम्बंध में "कॉलेज फायरिंग" इस पद हेतु कि है। यह "कॉलेज फायरिंग" इस सम्बंध विनिर्देश आश्रित/सम्बन्ध हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में सम्बन्धित लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित संस्थागत रूप इस संस्थागत रूप हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेगी।
2. "कॉलेज फायरिंग" से जो गुं संस्थागत संस्था विनिर्देश प्रकृति को है। संस्था पर सम्बन्धित इस दो गुं संस्था या किसी भी संस्था/प्रक्रिया का चुनाव संस्था एवं सम्बन्धित के बीच का विषय है और "कॉलेज फायरिंग" इस किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसलिये सम्बन्धित में संस्था के हितों के साथ और अपने जाने की सभी विनिर्देशों संस्था एवं सम्बन्धित जो संस्था और "कॉलेज" को अपने भविष्य या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/7/22

Dr. Shubha Mehta
CNC No. 84798

State of Oregon
County of Multnomah

एकत्रय का वन व हस्ताक्षर प

.....

Dr. Vandana Gupta

Ministry of Transportation & Goods of Authorized Signatory

Medical Superintendent of Hospital

Shroff कृष्णदेवरायः अधिका अधि

© Kailash Company, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

श्री गुरुभ्यो नमः ।

Exbury

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्तक्षेप 7

lieve