

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 310822/152 (337/22)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 4/8/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Sajan
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
58y

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramesh
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

E-178 Madangarh New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: N/A
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1000 Lac (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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/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 सम्बन्ध
①	Ramesh	55	M	Husband
②	Divya	22	F	Daughter

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यंत 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 विवर्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सुची संलग्न
	Diaper - 10 Cartons
	Sun - 10 Phacocis

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिख गये हैं?

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: आवेदक द्वारा 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 जोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण गंभीर जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलाने की ज़रूरत होगी।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोलिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग कभी वित्त के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य द्रोहिणिक/वैवाहिक कारणों से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (Subject: 150 400)

- 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 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 हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" समूह न्यायीयों, पत्र, संपादन या दूसरे उद्देश्य से मुझी प्राधिकारियों और उपाध्यक्षों के लिखे किस्से से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण में इतना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस भर्षा में "कोशिका" समूह उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

2-121

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

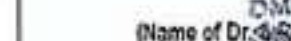
हमारे अधिकांश, हस्ताक्षरी भी और ये मायसे/होमी को "कोशिका काउन्टर" से विविध सहायता हेतु सिफारिश भी करती है, जिसे हम (द्विपक्ष) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सीमाना और न ही परिधि में स्थित सहायक बिंदुओं में साक्ष्यी संरक्षण या किसी अन्य स्वीकृत क्षेत्र में सीमा/परिधि में सीमा या तो हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से परीक्षा/निर्माण तक के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिंदुओं अधिकांश/सफल हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो अस्पताल बिंदुओं अन्य भी साक्ष्यी सीमा या बिंदुओं अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद तक सीमा/परिधि हेतु बिंदुओं की साक्ष्यी सीमा या बिंदुओं अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाट-टूटने" से तो यह समझना संभव प्रिय मित्र प्रकृति की है। रंगी या हल्कासा इस से यह मतलब है कि ये रंगे उपकला/प्रतिमा का चुनाव रंगी एवं हल्कासा के बीच का विषय है और "कोशिका फाट-टूटने" इस किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिए हल्कासा में रंगी के हल्के सुख और आने जाने की सारी विप्रेक्ष्य रंगी एवं हल्कासा की हानो और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस चयन में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/8/22	Dr. Shubha Mishra DMC No. 04798 (Name of Dr. & Registration No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta MBBS, FRCO (M), MRCO (M) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital) Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110045 आचार्यक अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसि इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसि इलाका 2 