

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: 5/0921/072 (276/21) APPLICATION DATE: 16/9/21

आवेदन संख्या :

Koshika
foundation
building block of life.

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Jagdish Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62y

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

Bihari Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता

B-876, Govindpuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Tailor

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 50,000/-

MARRIED (गिरिलि) / UNMARRIED (जविनाहिल)

(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य संलग्न)

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

Yes (Yes)
हाँ / नहीं

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

क्या आप आप कर दाता है (जो मात्र हो उस पर गटी का निशान लगाये)

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	Suman	58	M	Wife
②	Nihal	27	M	Son
③	Virendra	21	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिनाति आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग्या प्रति संलग्न करें)	अल्प आप जल्द प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग्या प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु जिसे गये चिनाति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Pectorant
	Suri:- LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया था?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता रकम
		₹ 112

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा सौंपना जाएँ:

- 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 चोयच करता हूँ कि इस प्राप्ति मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार ऐसे हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन अलग भाव जाता है तो मेरे सहायता विवर को बदलकर दें।
- 2) मेरे द्वारा ये सहायता गिरी "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति मे भए गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस राहमत हेतु यह जरूरी की नहीं है, तब यह नहीं जारी रखा जाएगा वा उसका दिया जाना जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा जारी)

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर आवेदक द्वारा करार या अंगूठे द्वारा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जा, फोटो और ये विवरण इस प्राप्ति मे छोड़ा जाएगा, ताकि "कोशिका" एवं न्यारों, या, जाचार्या या दूसरे उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार वापसी से वस्त्रालय करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हृत्कृत के गहरे या जब मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" य न्यारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जारी से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण ये कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़े हुए सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यारों का विवरण अंगूठे और वापसी करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इकाया या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तालि 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 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.

इसी अधिकृत, हस्तालि की जरूर से मालूम होने वाली जारी सहायता द्वारा सिफारिश की जाती है, जिसे द्वारा साथ ही स्वीकार करते हैं।

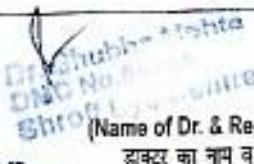
1) कह कि न हो अंगूठा और न हो खंडित ये विवरण सहायता गिरी गई सरकारी संस्थान या नियोजित अन्य स्वोत से उक्त गोपयोगात्मक में दोनों या ले दें हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/नियन्ति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता गिरी गई अन्य गोपयोगात्मक या विवरण अन्य सम्बन्धित सहायता दोनों या अधिकार गुणित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अप्यात दिया गदद उक्त गोपयोगात्मक हेतु किसी गोपयोगात्मक संस्था या विवरण अन्य साधन से नहीं दोगाएंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बारे विवरण अंगूठे की है। योगे पर इसका द्वारा ये किये गये उद्देश्यों का नुसार दोगो इस हस्तालि के नाम जा विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नियोजित गदद का कोई व्याप नहीं है। इसलिये हस्तालि में दोगो के इकाय सुझा और ज्ञान को दोगो विस्तृत रूप से प्रदर्शित किया जाता है। इसी द्वारा और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदारी इस व्यापार में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्कृति**

Dr. Vandana Gupta

M.B.B.S., P.G.D.M.H.M., N.D.A./H.E.S.
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent
(on behalf of Hospital)
Shroff Eye Centre
A-9, Kalkaji Colony, New Delhi - 110019
अधिकारी

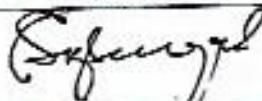
Date of Surgery अंगूठा की तारीख 16/9/21	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्तालि व रोड. नं.
---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवासिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यारों हस्तालि 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यारों हस्तालि 2

