

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैत्र आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य इंजिनियरिंग)



APPLICATION NO.: S11021 099 (135/21)
अप्लाइकेशन नंबर : १०२१/०९९ (१३५/२१)

APPLICATION DATE: 26/10/21

NAME of APPLICANT :

Mr. Satya Dev

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/स्त्री का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : L. B.S Rowat

58 | F

58 | F

58 E

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: _____

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासालय पते
14/18 Gauravoli Nihella Lami Nagpur Dist.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 2007 30TH ST. VILLE

As Above



OCCUPATION: Housewife

MARRIED (checked) / UNMARRIED (unchecked)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)
(see reverse side)

PAN No. स्थाई संख्या संस्कृता

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

Yes (No)

FAMILY DETAILS (if applicable)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
सहें रेता के नोंचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	अत्यनु वाद वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	उपचारका कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते किंवदं गदे विनाशी का उद्देश्यः

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
उसी उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मिल रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोग सहायता प्राप्ती
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा संक्षेप में:

- 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 हूं कि इस प्रकाश के द्वारा मैंने विवरण नहीं बदलाये थे ज्ञानात्मक रूप से चलते हैं। और ऐसे विवरण एवं कानून अनुसार पाया जाता है तो मैंने उन्हें निभाया ही जा सकता है।
 - 2) मैं इस के बहावत तभी "कोशिका फाउंडेशन", जो ही जा रही है, जमाने जानेंगे जो खेल की गुणी के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में याद पाया गया है।
 - 3) मैं पुष्ट बताता हूं कि इस सहायता द्वारा यह पारंपरिक योग्य है, उपर यांत्रिक या अन्य व्यापक विधियों अनुसार उपलब्धिकारी व्यक्ति जो कि उसे लिया है और जो भवित्व में रहता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

- 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 प्रकाश के अन्तर्गत या अन्तर्गत या अन्य साक्षकार, मैं (अप्लिकेंट) अपनी ज्ञानात्मक योग्यता को पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" जो अधिकृत बताता हूं वह मैंने पाया, जाना, लोटा और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, जान, ज्ञानात्मक द्वारा उद्देश्य से युक्ती प्राप्तिविहीन और उपलब्धिकारी जो लिये जायेंगे जी उसका यात्रा योग्य है।
 - 2) मैं (अप्लिकेंट) इस प्रकाश में उल्लेख द्वारा योग्यता के पास या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" ने ज्ञानी अधिकृत है।
 - 3) मैं (अप्लिकेंट) इस प्रकाश के अन्तर्गत योग्यता के उद्देश्य से दर्शाया है पुष्ट करता हूं कि ज्ञानात्मक योग्यता का उद्देश्य नहीं बदला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपलब्धिकारी योग्यता का लिया जायेगा और ज्ञानात्मक योग्यता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेंट के उल्लेखन का अंगूठा का लिया

Satyajit Deori

21.5.19

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कराया)

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 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.

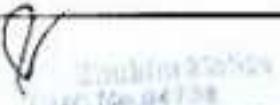
इसके अधिकारी, इन्होंने योग्य और सामान्यतयों द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से दर्शाया द्वारा उपलब्धिकारी योग्यता है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न दस्तावेज़ में मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह जिन दो ज्ञानीय और न ही दर्शाया दर्शाया जिसमें नहीं उल्लेख नहीं किया जाना चाहिए तो उन्हें यह योग्यता नहीं होती है। ऐसे जिसे "कोशिका फाउंडेशन" से दर्शाया दर्शाया जाना चाहिए तो उन्हें यह योग्यता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उल्लेख दर्शाया दर्शाया जाना चाहिए तो उन्हें यह योग्यता है। यह योग्यता दर्शाया दर्शाया जाना चाहिए तो उन्हें यह योग्यता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं उल्लेख के बाद नियन्त्रित किया जाता है। योग्यता का उल्लेख करने के बाद नियन्त्रित किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोई उल्लेख नहीं है। हालांकि हस्पताल में रोगी के उल्लेख नहीं और उन्हें जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी द्वारा दर्शाया दर्शाया जाना चाहिए तो उन्हें यह योग्यता है।

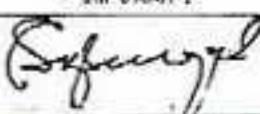
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संकेतित

Date of Surgery अपोर्टेशन की तारीख 26/05/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टक का नाम व हस्पताल का नं. Dr. Vandana Gupta, M.B.B.S., M.P.H.E.M., M.D.A. (H.C.S.)	Dr. Vandana Gupta M.B.B.S., M.P.H.E.M., M.D.A. (H.C.S.) Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory Shroff Eye Centre (behalf of Hospital) A-6, Kalash Colony, रामलीला मार्ग, दिल्ली 110034, भारत अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोधन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्ञानी उल्लेख 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्ञानी उल्लेख 2

