

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: S10518/068 (263/18)

APPLICATION DATE: 7/5/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kaulach

AGE-YEARS आयु वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Meera Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

P-44, Srinivasapur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Driver

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 96,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाल में संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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	Meera Devi	45	F	Wife
2	Rohit	20	M	Son
3	Nirmala	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी आर्थिक सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि मुझे मिले और मैं भी भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम, दूर, या प्रकाश द्वारा उद्देश्य से मुझे वितरित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

हमारे अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से गारंटी/पेशगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं और मेरा हस्पताल या कोई भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए नहीं करेगा, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव से भरपूर करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि मुझे मिले और मैं भी भविष्य में लूँगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। मेरी प्रपत्र का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

7/5/18

Dr. Shubha Mehta
DMC-64788
Shroff
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. श्रुभा मेहता का पता, पता, पता

Dr. V.P. Thakral

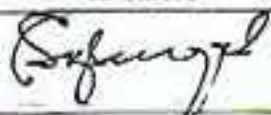
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 045
हस्ताक्षर के साथ डॉ. वी.पी. थाकरल का पता, पता, पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

