

C 1664/6/18

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/06/18/0073

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Dhari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

Shashu Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Chaurat,

Tehsil - ~~Chaurat~~ Hanu

District - Hissar

Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- RA above -

Preop  
0073Postop  
Ram Dhari

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

NA

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

क्या आप आय कर देता 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.	Basant	24	M	SON
2.	Roop	24	M	Twince SON
	Far			Daughter's Married.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE- TMSC CE- TMSC
2.	Surgery RE- SURS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी
1.	Veno	

**DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण 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 इस बात का सत्यापन यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रहा है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकत किसी अन्य सोर्सिस्टर/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कगार)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या जंठल की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, धारणाएं दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारण का विवरण मेरे इच्छा के रहने या बदलने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के लिये है कुछ भवत: सहायता का हस्तगत नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कगार)**

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा/स्वीकृति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विषयवस्तु की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिये से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/सीमित/अपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारों/संघ या किसी अन्य सहायता स्रोत का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल द्वितीय मरदर उन्हा स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा हो गई सहायता या बिना गये उपचार/उद्देश्य का सुचारु रूप से एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इच्छा सुझा और अपने चर्चे को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई नुस्खा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संकेतित

DR. WANGCHUK DOMA

Consultant

VENU EYE INSTITUTE &amp; RESEARCH CENTRE

1/31, Sheikh Sarfuddin International Area,

Phase-2, New Delhi-110 017

TANUJA JOSHI

Medical Director

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

Phase-2, New Delhi-110 017

यह व से हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2