

C 1677/06/18

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0618/0076

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sukhbir

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुता का नाम

Fatta

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Nirpura,

Taluk - Baraut

District - Baghpat

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

- as above -

Preop  
0076Postop  
Sukhbir

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. आय का संचयन

NA

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

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

Yes/हाँ  
No/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	Rakesh	30	M	SON
2	Balraj	32	M	SON
	one		Daughter	Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य की विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - TMSC LE - TMSC
2	Surgery - RE - STCS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सहायता प्राप्त ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का आंशिक या पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

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.

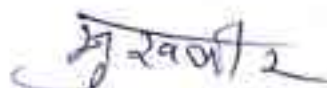
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" ट्रस्ट, न्यासी, ट्रस्ट, कार्यकर्ता/द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी प्रचारिणीयों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" ट्रस्ट, इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/दोनों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उस के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नहीं/संभवतः हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण अस्पताल या किसी अन्य उपचार/चिकित्सा का सुचारु रूप से पूर्ण हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संसन्तुष्टि

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

27/6/18

DR. WANGSUK BOMA

VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE  
(Name of Hospital & Reg. No. with Stamp)  
आयुर्वेदिक आंखों के इलाज के लिए केंद्र  
Phase-2, New Delhi - 110 047

TANU JOSHI

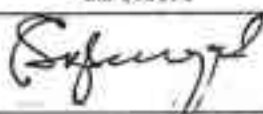
(Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory  
1/31, Shree Krishna Hospital, Sector-17  
निर्माण/हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

