

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 10718/156 (1031/18)

APPLICATION DATE: 13/7/18

NAME of APPLICANT: Radhe Krishnan

AGE-YEARS 60 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kamalan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 120/2, St. No-8, Mehrauli New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS Above

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (निपटित) / UNMARRIED (अनिपटित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्ष्य स्रोत)

PAN No. स्थान खाली छोड़ें

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 (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 से संबंध
01	Kamalan	55	F	WIFE
02	Rakesh	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

छाया पत्र हेतु निम्न गये किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया 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: माझेदरु द्वारा घोषणा की:

- 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 Kashi 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 एवं समन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दावा नो करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी प्रकार का भुगतान या अन्यथा किसी भी तरह से, उस राशि का अधिकतम वापस करवाने के लिए किसी और संस्था/रोकथाम/बीमा कम्पनी से नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर हाथकत या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी छाप/हस्ताक्षर करके कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, कान, पञ्चक/या दूसरे उद्देश्य को जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इरादों के बदले या बद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Q. 11

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, हस्ताक्षरी श्री और से मामले/वेबों को "कोशिका काउन्टेरेशन" से संबंधित सहायता हेतु शिफारिश की जाती है। जिसे हम (उपस्थित) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्मेन और न ही कोरिया में स्थित लक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त एंटीवायरल में रॉगि का से रहे है, जैसे कि हमने "कोरिया फाउन्डेशन" से सिप्राविडिनविर डक के सम्बंध में "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकार प्रदान हेतु प्रस्तुत की गिय जाते है तो अन्ततः किसी अन्य के सहायता रॉगि या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार प्रकटित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः इसी प्रकार उक्त एंटीवायरल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से कोई लेना-देना।
2. "कोरिया फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल स्थित प्रकृत की है। रॉगि पर इसकातः प्राप्त हो गई सहायता किने गये एंटीवायरल/प्रक्रिया का प्रयोग रॉगि एवं अन्ततः के रॉगि का निषेध है और "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये अन्ततः में रॉगि के सहायता प्रदान और जारी करने की सारी जिम्मेदारियाँ रॉगि एवं अन्ततः की रॉगि और "कोरिया" की कोई प्रक्रिया या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta
DIN (Name of Dr & Regn. No. with Stamp)
श्री डॉक्टर के नाम के संस्कार व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
Medical Officer, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (In the name of Hospital)
A-8, Kailash Colony, New Delhi-110048
New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयान हत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी दस्ताखत ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर २

Supernatural

dict