

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0818/184 (1146/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/0/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Shanti
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 40
SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Marikos
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Servant of B-217, G.I.E. New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Kalyana Sundergarh Gurgaon



OCCUPATION: Housemaid
व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 96,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या: -

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) | Marikos | 70 | M | Father |
| 2) | Saloni | 65 | F | Mother |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम 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) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिखे गये बिना का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 एवं प्राप्त सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर;

- 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 यहाँ कथित करता हूँ कि इस प्रश्न 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) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
 3) मैं यहाँ कथित हूँ कि: जिस सहायता हेतु यह प्रश्न माँगा जा रहा है, उस राशि का जमा/वापस/पैसे मिलान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति भी यहाँ कथित कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, फायरिंग द्वारा उपयोग में ली जा सकती है और इन्होंने मेरे लिये किसी भी प्रकार सहायता में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

शुभित

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन)

- 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 नामांकितों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को यहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती आर्थिक सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि उपरोक्त वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो पैसे सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पैसे सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उपरोक्त हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा सुना और कानों कानों को सभी निर्णयों लेनी एवं हस्पताल को हार्ड और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

| | | |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>1-8-18</p> | <p>Dr. Shubha Mehta DMC-64/98 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110 005 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--|--|