

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0818/185 (865/18)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/8/18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम **MR BALJEET SINGH**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **73**  
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का  
**69/114, JS Camp Block-8, Nehru Nagar, N.D.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का  
**As Above**



OCCUPATION: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **Rs. 96,000/- (Family Income)**

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

PAN No. स्वयं रखता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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)	Rajju	40	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

DPL Card (Attach Card Copy) परीची रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

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

**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 लिया गया सहायता राशि

**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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि मेरे पास है और न ही भविष्य में होगा।

**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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की शर्त बनाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायाधीश" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जिनसे "कोशिका" एनएम न्यूज, पत्र, मासिक पत्र, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मुझे चिकित्सा और उपचार के बारे में जानकारी के लिये प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्तगत के रहने या बदलने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" एनएम न्यूज-न्यायाधीश का निर्णय अंतिम और अपील योग्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हस्ताक्षर की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अंतिम सहायता हेतु कन्दूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेया/लेगी।

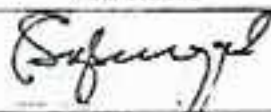
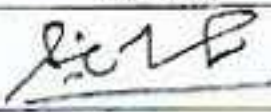
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। प्रकृतिक हस्ताक्षरों में रोगी के हस्ताक्षर और आने वाले को सही विवरणों को ही सहायता की शर्तें शूलिका या सिफारिशों इस संबंध में की गयीं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख  3.8.18	Dr. Shubha Mehta DMC 164798 Name of DR & Regd. No. with Stamp डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. 	Dr. V.P. Thakral Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi 110 048 अधिकृत अधिकारी आचार्य उपकरण हस्त 
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायाधीश हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायाधीश हस्ताक्षर 2 
--	---