

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0810/185 (865/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 3/8/18
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARs आयु-वर्ष: **73**
SEX लिंग: **M**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

69/114, JS Camp Block-8, Nehru Nagar NID.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: **Unemployed**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. सवाई कार्ड 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 लगाये)

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)	Rajiv	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 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
	Diagn: LE Phaco +OL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी 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: 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 घोषणा करता हूँ कि इस अर्जन में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस अर्जन में पता करा है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार या कोई अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो पैसा लेगा और न ही भविष्य में लूगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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 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 अर्जन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ग्राह्य करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस अर्जन में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सहायता पत्रों उद्देश्य से कृषि पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे अर्जन का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायियों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस अर्जन पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यायियों का निर्णय अंतिम और अकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 घोषित करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किन्ति उक्त के साथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्ति अधिक/सहज हेतु न-मूल को किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य उपाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस ग्राह्य में स्पष्ट करा जाय है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किन्ति और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संभव वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता या किन्ते गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्ते प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस अर्जन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेल की तारीख 3.8.18	Dr. G. Subha Mehta DMC-64798 Signature of DC & Regd. No. with Stamp हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. V.P. Thakral Med(Nan) Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE of Hospital A-8, Kailash Nagar New Delhi-110 048 अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	