

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S10018/188 (993/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 6/8/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम
Mr Balwant Singh

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
64

SEX लिंग
M

FATHER/SUSPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम
Kartar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
Sector 14, Model Town, Meerut, U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता
B-140, St. No. 3, Kragirathi Vihar, Delhi



OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 के साथ सम्बंध
1	Rama	42	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ऊपरी अर्थ 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 विवेक का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से सारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Contract
	Surr- LE Phoria +10L

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 उसी वर्ष 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस राशि का भुगतान या उधार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न हो 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, जो "कोशिका" एन.सी.ओ. द्वारा, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य के लिये विविध माध्यमों के द्वारा विविध माध्यमों के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रदान की गई जानकारी के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एन.सी.ओ. अपने न्यायियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Balwani Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 प्राधिकृत व्यक्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कमसे कम में होने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किर्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत प्राप्त हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य गैर सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के सम्बंध में सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सहायता हेतु हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के हितों सुरक्षा और अपने अपने की सभी जिम्मेदारियों होती एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियों द्वारा प्राप्त नहीं होगी।

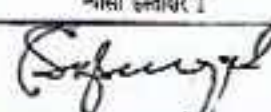
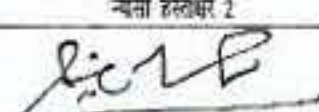
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख 06/8/19	Dr. Shubha Mehta DMC-84798 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख एवं हस्ताक्षर का मुद्रा	Dr. V.P. Thakral Mod. & Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash New Delhi-110 046
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--