

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: S/0818/190 (1021/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 6/8/16
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Vijay Kumar
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 56
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Dautat Ram
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

C-601, Dnyanand Colony, Jyoti Nagar, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

As Above



OCCUPATION: Auto Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. स्पार्ड 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 चिह्न 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 | Usha | 54 | F | Wife |
| 2 | Deepika | 29 | F | Daughter |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेंखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILD 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 AVAILD ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मेद शोध की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हों, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, मासिक पत्र, इत्यादि के माध्यम से मुझे चिकित्सा और उपचार के लिये किसी भी प्रकार का धन से प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निराला मेरे इलाज के फलते या बंद हो करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रवर्धित हे मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" एम्ब्लम न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यर्णी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

विजय कुमार

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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षरों को और से नाम/पते/संघों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धन व समर्थन करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग किया जाता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंतिम, सफल हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रवर्धित हेतु उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता वित्तिय रूप से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होता है एवं हस्पताल को ही सहायता वित्तिय प्रकृति को है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य अन्य को सभी जिम्मेवारी होती है एवं हस्पताल को ही और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतियों के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/5/18 | <p><i>Dr. Shubha Mehta</i> DMC-64798 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व इलाज व रजि. नं.</p> | <p><i>Dr. V.P. Thakral</i> Medical Director & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (of Hospital) A-9, Kalash Colony, New Delhi, 110 048 हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>Safarjani</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>Dr. V.P. Thakral</i> |
|--|---|