

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(व्यावस्थापन देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 51/1018/255 (1321/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/10/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shanti Morris
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 53
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Morris
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

28-A, Jawahar Nagar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

As Above

OCCUPATION: Maid
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 72,000/-
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 (No)
हाँ / 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
<i>All Family</i>				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
यस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

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 निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुनः प्रमाण देता हूँ कि बिना मांगे जाने पर भुगतान की राशि, उस राशि का अंशिक या पूर्णतः निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी जानकारी के आधार पर मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" एन.सी.ओ., दूर, संचारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा मांगे गए सहायता के फंड या राशि से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकारी हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एन.सी.ओ. की नीति अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

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 मानतेहोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे हुए हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत सहायता हेतु मांगी जाती है तो मांगे गए फंड का अंशिक या पूर्णतः निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा। इस प्रारूप में मांग किया जाता है कि सहायता दिये जाने पर उम्मीद होगी कि किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता के लिये दियी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य से किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई राशि नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में मेरी को सहायता मुझ और मेरे जाने की सही सिफारिश होगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की नीति अंतिम और बाध्यकारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/10/18

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 84792
Shroff Eye(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. V.P. Thakral

Medical Director & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
(Name of Hospital)
A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110048**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्थायी हस्ताक्षर 1

S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थायी हस्ताक्षर 2

S. S. S.