

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/1018/277 (1527/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 23/10/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Rakosh Kumar
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 51
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Veerpal Singh
पिता/हटुष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dr. S. Jaitpur, Badaspur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.20 lacs
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर खंडी का चिह्न लगाएं)

Yes (No)
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Rakha	47	F	Wife
(2)	Geetika	21	F	Daughter
(3)	Bharti	11	F	"
(4)	Aakash	10	M	Son
(5)	Upesh	8	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) लक्ष्मी 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 Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्हे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
	Diagn: LE Cataract
	Sur: 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 तो यह 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 कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि निरा राशियाँ हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का ऑनलाइन या किसी दूसरे स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ले भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही होने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता में उपयोग में लाने से मेरी स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जायेगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त कर दी जाती है तो हम सहायता को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और स्रोत से प्राप्त की जायेगी या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जायेगा और इससे कोई भी सहायता रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को नहीं प्रभावित करेगी। रोगी का इलाज रोगी के रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सहायता हेतु नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Shubha Mahla DMC No. 84788 Shroff Eyo Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और छाप	Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110048 अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप)
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>