

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S11118/282 (1476/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 2/11/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम MR. RAMCHANDER

AGE-YEARS आयु वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम late Ram Shanker

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

525, St. No 7 Tehkhand New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय Rs. 60000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय Labourer

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट सात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

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 से सम्बन्ध
<u>01</u>	<u>Meena</u>	<u>30</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>Drug</u>	<u>RE Cataract</u>
<u>Sus.</u>	<u>RE Phaco+IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु फंड 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 इस हेतु सहायता राशी
	<u>NIL</u>	

- 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 विवरण की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", को ले जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये निम्न करूँगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से मुझे प्राप्त होने वाले किसी भी प्रकार के व्यय/रोक/प्रतिफल/बोना/कामकी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जदर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/दुर्भे उपदेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को अपने मिशन की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी सहायता के लक्ष्य या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में व्यती अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बढ़ाया इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके कर्मस्थल पर अंग्रेजी का शिक्षण

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 अधिकांश, हस्तक्षेप की ओर से मानने/सोचने को "कोशिका फायनेन्स" से विलिप्त समझा हेतु विफोरा की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो मान्य और न ही पश्चिम में विलिप्त समझा किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्कोर से उभरा होना/मान्यता में लगे या से हो है, यही कि हमने "कोशिका फायनेन्स" से लिकारित/विलिप्त उक्त को समझ में "कोशिका फायनेन्स" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनेन्स" द्वारा समझा किर्ति आशिक समझ हेतु भन्ना नहीं किया बात है तो समझा कि किसी अन्य के सरकारी संस्था या किसी अन्य सराफा से समझा लेने का अधिकार सुरक्षा रखता है। इस पूर्व में स्पष्ट कहा जाता है कि समझा किर्ति मद उक्त सोच/मान्यता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समझ में नहीं लेना/सोचने।
 2. "कोशिका फायनेन्स" से ही कई समझा समझ विलिप्त प्रकृति की है। सोच कि हस्तक्षेप द्वारा ही यह समझ या किर्ति यह उपचार/प्रक्रिया का मुख्य सोच एवं समझा में भी का विचार है और "कोशिका फायनेन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान्य नहीं है। इसलिने समझा में सोच के प्रत्यक्ष मुख्य और जाने जाने की सारी समझ/सोच सोच एवं हस्तक्षेप की सोच और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया व शिमेन्सो इस समझ में नहीं सोचने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02-11-18

Dr. Ghubha Mohla
DMC No. 64798
Shree Eye Centre
One of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (Department of Hospital)
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2