

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 511118/294 (1603/18)

APPLICATION DATE: 16/11/18

आवेदन संख्या:

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MR. JAWAHAR PRASAD

AGE-YEARS आयु वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Satadhari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

106, New Priyanka Camp Madanpur-Kharda N

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed

उद्योग

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 96000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो सत्य हो उस पर खी 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
01	Hira Mani	65	F	Wife
02	Rajesh	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति 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 किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- IE Cataract
	Sus:- LE SICS + 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: मायेंदक दुवा योशना 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कौशिका फाउण्डेशन", से लेता हूँ तो, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता से या भुगतान की मदद से, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (সহিতা ১৩০ নংক)

- 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 fulfilment 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 (अर्जितक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में धीरे-धीरे है, उसे "कोशिका" एजन्सि, दूर, पाठक/पाठिका द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तहत किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सि उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेक के हस्ताक्षर व अंगुठी का निशान

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

By affixing her/under, 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 अधिकार हमेशाएँ ही और में प्रत्येक/वर्षी को "कोशिका काउन्टेशन" में विलियम मर्यादा है सिफारिश की जाती है, बिस्व हम (इस्यतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थाएं और न ही बहुरिध में बहुरिध ज्ञातता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उच्च होती-समते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनेंस" से विकसित/निर्मित उसने में सामान्य में "कोशिका फायनेंस" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका फायनेंस" द्वारा सहायता निगीत अधिकार-सकल सेट म-दु-र की किया गया है तो अज्ञात किसी अन्य वेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरक्षण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मूल्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अज्ञातता इंगीत मदद उभार लेने/पावने देना किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फायनेंस" से हो गई सहायता केवल बहुरिध प्रकृति की है। वेगी का हस्तगत द्वारा हो गई सहायता या किसी बने उपचार/अधिकार का मुनाफा होगी एवं उपचार को बीच का विषय है और "कोशिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान्य नहीं है। इसलिए सम्भल में लेने के प्रदान सुरक्ष और उभे जाने की जारी विधेदगी वेगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या विधेदगी द्वारा गायने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16-11-98

Dr. Shubha Mehta

DMQ No. 64 DBS Regn. No. with Stamp)

05/09/2011 ईश्वर-की-शाय-प्र-हस्ताक्षर-व-संज्ञ-न

Dr. V.P. Thakral

Medicine Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE (on Behalf of Hospital)

A-9, Karla Road, Connaught Place, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2020