

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: S/1218/313 (1567/18)		APPLICATION DATE: 7/12/18			
आवेदन संख्या:		आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु वर्ष	SEX लिंग		
ISMAIL		70	M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: Late Choliya Mohi.					
पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
H-51 Rani Garden Chhazabadi U.P.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता					
As Above					
OCCUPATION: Unemployed				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 72,000/- (Family Income)				(Attach Proof of Income)	
कुल वार्षिक आय				(आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्वयं का/साथ संलग्न करें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उस पर सही का निशान लगाएं):					
Yes/No हा/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	
01	Shahida	65	F	Wife	
02	Fazid	40	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किया गया प्रस्ताव का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या	Diag:- LF Corneal				
	Sur:- LF Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह संभवित राशि	
	Nil				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगा जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।

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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरभाष, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याताओं को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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.
- हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की ओर से समझौते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जहाँ तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से ही अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया गया है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और अपने नाम की सभी जिम्मेदारियों को वहन करने के लिए हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/12/18

Dr. Shubhan Mishra
DMC No. 64798

Signature of Dr. Shubhan Mishra (with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. V.P. Thakral

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

SHROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony

New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATIONSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्याता हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्याता हस्ताक्षर 2