

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: S/0119/354 (1782/18)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/1/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MR. DEBASHISH DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

45

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Dosh Bandhu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसथा पता

207/6A, St. No-26, Sangam Vihar N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

Tailor

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जन्मगर्हित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 70,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये धिक्ती 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) रसमभोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्ने कबे धिक्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अत्यायुध/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रविष्टि सही संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Surg:- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस 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 सी खू सहायता पायी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य कय)

- 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 सहायता प्राप्त बात झूठ हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा मे सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस धनिक का कम्पेन्स या रिफंड किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य कय)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" दान, आवाज, चित्र, या अन्य माध्यम से जुड़ी विविधताओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने में लगे अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, उसे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" दान, आवाज, चित्रों का निर्माण और प्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रारूप में मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या तो हो, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं दी जाय तो हम हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उस रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज चुनने और करने के लिये निर्णय रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
अर्शेक की तारीख

4.1.19

Dr. Shobha Mehta

(Name of Dr. & Sign. No. with Stamp)

हस्ताक्षर की जाय व छाप

Dr. V.P. Thakral

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SHROFF EYE CENTRE

A-3, Kailash Nagar, Delhi

Phone: 011-2610045

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याता हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याता हस्ताक्षर 2

[Signature]