

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0119/356 (411/18)

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

7/1/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs RABHUATI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Rabbu Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

R-1st, 200 Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 50,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
(1)	Rabbu Singh	72	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Sus:- RE Rhac + /OL

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: (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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा अथवा गलत बात है तो मेरी सहायता मिलाने की या समझौता है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली या ली है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, इस राशि का अधिकतम या समस्त भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के न हो सके है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 (आवेदक) अपनी स्मृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्य से कुछी प्रतिष्ठानों और व्यक्तियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रिन्टआउट मेरे इलाके के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्यसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से इस्तेमाल है कुछेक सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

रामवती

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आचार्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं से भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से ली या ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश इससे संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अस्वीकार/पूरी नहीं मिलती है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष इस संबंध में कोई-पक्षों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रकार इससे कोई-प्रकार से प्रभावित नहीं होगा। अतः हस्पताल को रोगी के इलाज/प्रकार और अपने अपने को लगे जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई-प्रकार से विधेय/प्रकार इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए समुचित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7.1.19

Dr. Subha Mehta

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

Dr. Subha Mehta

पता: जल निकाश, दिल्ली-110008

Dr. V.P. Thakral

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

SHROFF EYE CENTRE

A-2, Kailash Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: हस्ताक्षर 2

Safaryal