

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: S/0119/354 (47/19)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 8/1/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kamlesh

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Sohan Singh

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-82, Dnyanesh Colony Gurgaon, Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Housewife

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 80,000/- (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई छात्रा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 से साम्य संबंध
1	Sohan Singh	10	M	Husband
2	Komal Singh	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प उम्र वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्रा 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 प्राविवेदन सूची संलग्न
	Diagn. LE Cataract +
	Surg. LE Phacoemulsification

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 तो गई सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा भरीयत करे)

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता मिलाने की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से लेनी या ली है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कम से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करण)

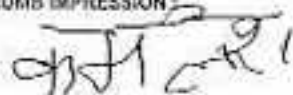
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 बाएँ की आँगुली का छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रसारण, प्रकाश, प्रकाशित करने के माध्यम से दूसरे लोगों को सहायता के लिये प्रार्थना करने के लिये प्रयोग करे। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या बाएँ की आँगुली का छाप करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न ग्राह्यी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रसारण, प्रकाशित करने के माध्यम से प्रार्थना और सहायता करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेरक की हस्ताक्षर या बाएँ की आँगुली का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 it 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 अधिकृत, हस्ताक्षरों की जोर से करण/लेने के "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से सत्य व स्वीकार करते हैं।

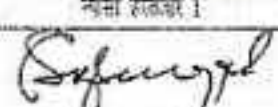
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता मिलने के लिये या लेने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/प्रकार हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सत्य प्रमाण प्राप्त है कि हस्पताल सिफारिश करने के लिये सहायता हेतु किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या उपचार दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रमाण का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुधार और अपने अपने को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी विचार या विचार/प्रक्रिया इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख २०१९	 Dr. Shubha Mehta DMCC No. 51708 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद न.	 Dr. V.P. Thakral Medical Director & Stamp of Authorised Signatory (Name of Hospital) SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 (Address of Hospital)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--