

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: S/O119/37 (119/19)		APPLICATION DATE: 23/11/19			
NAME OF APPLICANT: Mrs Praveesh Sharma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	GENDER लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Swadesh Sharma		66/F	F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 83, St. No. 5, Adarsh Vihar, New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above					
OCCUPATION: Housewife			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 86,000/- (Family Income)			(Attach Proof of Income) -		
PAN No. Not Attached					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बंध	
01	Achish Sharma	42	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये वित्ति 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 सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या बिजली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुरी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diag: RE Cataract				
	Rx:- RE Phaco+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 तो यह सहायता कितनी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

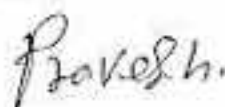
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, कि अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मरति से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका विवरण में हस्ताक्षर से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को नि सहायता के उद्देश्यों के प्रार्थना है मुझे सहायता सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी जानकारी 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 सहमत)

- 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.

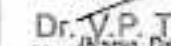
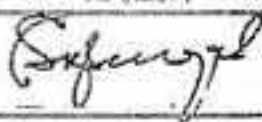
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से प्रमाणित कर रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग की जायेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता/वित्तीय सहायता मिलने के लिये किसी अन्य स्रोत/संगठन से सहायता/वित्तीय सहायता माग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता/वित्तीय सहायता के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/वित्तीय सहायता मिलती है, उसे पर हस्पताल द्वारा ही किया जायेगा या निर्णय लया जायेगा कि सहायता/वित्तीय सहायता का उपयोग किस प्रकार किया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी को हस्ताक्षर/छाप और अपने अपने को सही विवरण/विवरण देना एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" को सही प्रमाण/प्रमाणित इस प्रकरण में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
हस्ताक्षर की लिए संस्तुतिDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/11/19


 (Name of Doctor & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर


 Dr. V.P. Thakral
 Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
 SHROFF EYE CENTRE
 A-9, Kalkaji
 नया दिल्ली
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATIONSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
