

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: S/0219/325 (19/11/18) APPLICATION DATE: 5/2/19

NAME of APPLICANT: Mr. RAM KISHAN LAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Komal पिता/स्वामी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thugan No-325, JJ Camp Gurgaon, Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Labourer व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 50,000/- कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Bal Kishan	25	M	Son
2	Am Prakash	32	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को प्रत्येक प्रति संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को प्रत्येक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को प्रत्येक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु रिपोर्ट की गई समस्या:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn - RF Cataract
	Surg - RF Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा कलक)

- 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 घोषण करता हूँ कि इस प्रत्येक में दले गले सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन गलत सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो या हो है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, इस स्रोत का अधिक या कमल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कलक)

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 final and acceptable to me.

1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, राज, सहायता/पुनर् उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये जा सकने वाले सभी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का किये जा सकने वाले मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस प्रत्येक से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रत्येक में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



(Ramkumar)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलक)

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 this matter.

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

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या लगे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पता हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नलिखित अधिकृत/कलक हेतु समुदाय को दिया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पता जाता है कि हमारा निर्णय कलक पर हमारे/हमारे हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लगे/लगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा से गई सहायता का कलक गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लगे एवं हस्ताक्षर को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लगे के हस्ताक्षर और कलक को लगे निर्णय/निर्णय एवं हस्ताक्षर को लगे और "कोशिका" को कोई पुष्टि या निर्णय/निर्णय इस प्रत्येक में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5-2-19

Dr. Shivanshu Mehra

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

Dr. SM

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का टिकट नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110019

हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2