

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/62K/398 (243K) APPLICATION DATE: 11/2/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MR VIJAY PALSINGH AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 61 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Begam Singh
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

103, Gaurind Vihar, Kirti Nagar, Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.20 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income) —
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (Ha) / No (Nahi)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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
01	Munesh Dahi	55	F	Wife
02	Rahul Kumar	25	M	Son
03	Garvish	23	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag: RE Cataract
	Surg:- RE Phaco-tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य आश्रय प्राप्त है तो मेरी सहाय्य निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी झटपट को सहाय्य यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग कभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह प्रपत्रा भी गई है, इस राशि का वापस या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निम्न/व्यक्तिगत कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक द्वारा करार)

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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्वियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दान, सहाय्यता दूसरे उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर हस्ताक्षर मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या भ्रातृत्वियों अधिकृत है।

2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्यता को उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतंत्र: सहाय्यता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके भ्रातृत्वियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

विजयपाल सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अतिथि, हस्ताक्षर की और से मानते/लेते की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्यता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्यता किसी भी सारकारी सहाय्यता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उपाय को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्यता विनिर्दिष्ट सिफारिश/उपाय हेतु मंजूर की सिफारिश का है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी सहाय्यता या किसी अन्य सहाय्यता से सहाय्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहाय्यता या किसी अन्य सहाय्यता से नहीं लेगा/लेगी।

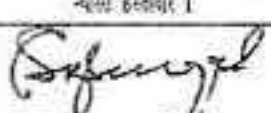
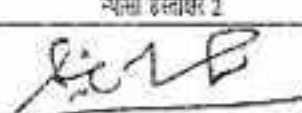
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहाय्यता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहाय्यता या बिना मेरे उपचार/उपाय का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनिर्दिष्ट इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/2/19	Dr. Shubhs Mehta MBC No. 164798 Dr. SM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप न.	Dr. V.P. Thakral Medical Representative & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृ हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृ हस्ताक्षर 2 
---	--