

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0519/086 (967/19) APPLICATION DATE: 24/5/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. M. George AGE-YEARS आयु-वर्ष 68y/M SEX लिंग Male

FATHER/SPOUSE'S NAME: Late D. George पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

F-63 Vinod Nagar Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income) कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छद्म संलग्न

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

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	Jai Dev	45	M	Son
②	Melkum	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये बिलिख 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 साक्ष्य
---	---	---	--

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

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

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 तो गई सहायता राशी

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 धीरे-धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रक्रम में दिनें सभी विषयों में प्रत्येक व्यक्ति को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विभाग को जा सकता है।
- 2) मैं इस में सहायता एमि "कोशिका प्रारम्भिक", से जो का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति को दिनें किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में पाया गया है।
- 3) मैं यह बता रहा हूँ कि जिस सहायता में यह प्रारम्भिक को रहा है, उस रक्ति का अधिक या कमल दिनांक किताब अन्य डॉक्टरी/नैदानिक/वैद्यकीय कम्पनी को न तो दिया है और न ही भविष्य में दिया।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अभिवृत्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" पर न्यासी, राज, साक्षर/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अभिवृत्त है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इतना जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिवृत्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" अन्य उससे न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहाय)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मामले/प्राणी को "बैरिंका फाउन्डेशन" से विहित सहायता हेतु विनम्रता को प्राप्त है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो पालन और न हो स्वीकृति में द्वितीय महापता किसी और राजदारी संस्था या किसी अन्य स्कोल से उक्त ऐंगो/पापले में लेने या ले रहे हैं, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफाफा/बिलिट उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भर्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता निम्नित जगह/संस्था हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अम्मतान किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बका जाता है कि अम्मतान द्वितीय भर्द उक्त ऐंगो/पापले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता कंधल विधिव प्रवृत्ति की है। रोणी का सम्पत्ति इस से यह सहायता किसे गये इसका प्रतिक्रिया का चुनाव रोणी एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में रोणी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी लेने एवं सम्पत्ति को छोड़ने और "बोशिका" की कोई दायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वांगती के लिए संस्कार

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

25/5/19

Dr. Ganesha Nigam
DMC No. 54798

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर पंजी. नं.

Dr. V.P. Thakur
Name, Designation

SHROFF EYE CLINIC on behalf of Hospital)

SHROFF EYE CENTER on behalf of Hospital

A-9, Kailash नगर, हस्तशिल्प अधिकृत अधिकारी

WEEK 1	10/10/10
WEEK 2	10/20/10

आचार्यकृत उपनिषद्

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Left