

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: S/0619/009 (932/19) APPLICATION DATE: 4/6/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mrs. Fatima

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80y

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

Ali Sher

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-40 Zamrudpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 70,000/- (Family Income)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या -

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

Yes (हां)

No (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
01	Nabi Sher	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	SUG- RE PHACOEMUL

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 झूठा बयान एवं कथन अलग राश्व जता है तो मेरी सहायता निरास को जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रक्रिया की गई है, इस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोडिगिबेबल/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्माते, दान, कचराया दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोडिगिबेबल और वित्तियन के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरी हतास के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे ज्ञात: सहायता का हस्तास नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यासियों का नियंत्रण और अधिबला होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्तास या अंगुठी का निरास



fatiya

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तास 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 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.

- इससे अधिकृत, हस्तास की ओर से समझे/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तास) बिना प्रकार से माग न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर साकारो संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मास में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के समझ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/समझ हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मितात किसी अन्य गैर साकारो संस्था या किसी अन्य समझ में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मितात द्वितीय मरर उक्त रोगी/मास हेतु किसी गैर साकारो संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ती गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या अस्मितात द्वारा दी गई सहायता या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्मितात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्मितात में रोगी के हतास गुहा और जाने जाने को सही विनियमों रोगी एवं अस्मितात की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/6/19

Dr. Shubha Menta

DMC (Name & Regn. No. with Stamp)

Shroff Eye Centre, New Delhi-110011

Dr. V.P. Thakral

Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110011

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तास 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तास 2

[Signature]