

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: S/0619/122

(12/06/19)

APPLICATION DATE: 21/6/19

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mehipal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Jamma Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-153, Bhumiheen Camp Govindpur N.L.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (No)

हां / 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	Puran Devi	58	F	Wife
②	Rajy Singh	40	M	Son
③	Jagvir	38	M	Son
④	Raj	35	M	Li

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितने 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गरीबी रेशा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag- RE Cataract
	Surg- 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 लेई 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में निचे दिये गये सभी विचारों में से सही उत्तरों को चुनना पड़ेगा। यदि कोई विचार एक कम से कम सही उत्तर में है तो उसे सही उत्तर माना जा सकता है।
- 2) मैं इस को सही मानता हूँ कि "कोई भी चीज नहीं है, जो कि सही है, उसका उपयोग नहीं करना चाहिए।" यदि मैं इसे सही मानता हूँ, तो मैं इसे सही मानता हूँ।
- 3) मैं यह मानता हूँ कि जिस चीज को मैं सही मानता हूँ, उसे मैं सही मानता हूँ। यदि मैं इसे सही मानता हूँ, तो मैं इसे सही मानता हूँ।

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 के अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में धरित है, उसे "कोशिका" यद्यपि उसके, या, संस्था के द्वारा दर्शन के द्वारा निविदाओं और सलाहियों के लिये मिलने से प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका जो पक्षों का कार में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि संस्था के सूचनाओं के प्रसारित है मुझे स्पष्ट: संस्था का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" यद्यपि उसके व्यक्तियों का निर्वाह अतिम और अध्यापक होगा।

आवेष्टक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

ਮਈ ਪਾਕਿਸਤਾਨ

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.

इसका अर्थ है, हस्तक्षेप की श्रृंखला से सम्बन्धित लोगों को "कोई एक पाठ्यक्रम" में विभिन्न सामान्य हिंदू सिद्धांतों को पढ़ाया जाता है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवैधान और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से इस तरह के संबंधों में होने या हो रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्सेलर" से निवारित/विनियमित वक्ता के सम्बंध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा प्रदर्शित है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सहायक विधि अधिकाधिकार हेतु मनुष्य को नियंत्रित है तो असमर्थ किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थ विधिगत तत्त्व प्रदर्शित करने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संलग्न/लेते।
2. "कोशिका काउन्सेलर" से ही गई सहायता केवल विधिगत दृष्टि की है। ऐसी न हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या विधिगत दायित्व का प्रभाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी न हस्तगत सुनार और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वयंकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 64792
Shri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा. श्रुभा मेहता व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

(Medical) **Signature & Stamp of Authorised Signatory**
SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)
 A-9, Kailash Colony
 New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इन्ताथर 2

Safeway

sent