

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 516719/161 (12/11/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/7/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mr. Manoj Kumar

AGE-YEARS आयु-वर्ष 49
SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

82-A, Anandpur Garhi Gurgaon New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Electrician
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1-20 Lacs
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खात संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
01	Krushna	10	F	Mother
02	Usha	46	F	Wife
03	Manish	24	M	Son
04	Manisha	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Sux:- 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 ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस दवा का खर्च या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दवा, चिकित्सा दूरदर्शन से जुड़ी विभिन्न और उपायों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जहाँ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये हैं उन्हें सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

Mangj Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता है कि सहायता द्वितीय स्तर पर उठाए जायेगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संगठन मिलेगी प्रकृति की है। रोगी या सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति को उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं सहायता संगठन का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सहायता में रोगी के हस्तक्षेप सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं सहायता संगठन की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>[Signature]</i> Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 Shiroff Eye Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख व हस्ताक्षर व छाप	<i>[Signature]</i> Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital) A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019 हस्ताक्षर, पद और हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>