

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION NO: 510719/134 (1005/19) APPLICATION DATE: 2/7/19

NAME OF APPLICANT: Jung Behadur AGE-YEARS: 62 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shiv Pujan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: C-11 32B/11 Connaught Place New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: B3 Alakha



OCCUPATION: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) -

PAN No. PAN का खाता संख्या - ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बंध
1	Rajeshwari	60	F	Wife
2	Hardeep	35	M	Son
3	Sandeep	32	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 (उपभोग 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:- LE Cataract
	SRx:- LE PhacoIOL

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान योग्य 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 यथासंभव सच हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन रिजक्त की जा सकती है।
 - 2) मैं यथासंभव सच हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में पता पड़ा है।
 - 3) मैं यथासंभव सच हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन को भेजा है, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य प्रोविडेंट/कर्मचारी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने)

- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ बाँचे का अंगूठा, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगिरी, दान, समर्थन, दानों, उत्सवों से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे उत्सव के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के प्रयोजन हैं मुझे उदा: सहायता का अर्थ पता पता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उदात्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बायाँ बाँचे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करने)

- (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, हस्ताक्षर करने और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) फिर उदात्त से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायकी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदात्त लेने/पाने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उदात्त से सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायकी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल सिफारिश पर उदात्त लेने/पाने हेतु किसी भी सहायकी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पाने।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; लेने या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या सिफारिश के अर्थ/उद्देश्य का सुचारु लेने एवं सहायता को योग्य का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के अर्थ/उद्देश्य और अन्य बातें की सभी जिम्मेदारी लेने एवं सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पण का तिथि 21/11/11	Dr. Shubha Mehta DMCC, Govt. Hospital 10, Starbuck (Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. हस्ताक्षर व छाप, र.	Dr. V.P. Thakur Medical Superintendent SHROMA, Government Hospital A-3, Kirti Nagar New Delhi-110015 (Signature & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	