

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 010819/032 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 5.08.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Anoop Singh AGE-YEARS उम्र-वर्ष 69 SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
House No. 72, Vill - Shimlana, Post - Shimlana Tahsil - Rampur Maujharain Distt. Saharanpur, Uttar Pradesh 247413
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above



Pre OP Post OP
032 Anup Singh

OCCUPATION : व्यवसाय NA MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 35000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर छठी का निशान लगावे) 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
<u>(1)</u>	<u>Kareshwari</u>		<u>F</u>	<u>Wife</u>
<u>(2)</u>	<u>Ram Kumar</u>		<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
<u>(1)</u>	<u>Diagnosis - RE - T.M.S.C I.E - T.M.S.C</u>
<u>(2)</u>	<u>Surgery - LE SICS + IOL</u>

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 एतौ गई सहायता राशी
<u>(1)</u>	<u>SCEH</u>	

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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी ज्ञापना निरास की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन" से सही वादा हूँ, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या समस्त निम्न लिखी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से पैसे ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने ज्ञापन की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से भुगतान/संग्रहण और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरने या कराने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे उद्देश्य से प्रेषित है भुगतान: ज्ञापना का अकारण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संपल/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कथन व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेनी या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरिच्छित/नकारा हेतु मन्जूर नहीं किया जाय है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हमस्पताल किसी प्रकार उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं संपल/रोगी।
 - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से लेनी या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हीं पर हमस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोके एवं हमस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की ओर जिम्मेदारी होगी एवं हमस्पताल ही होगी और "कोशिका" की कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05.08.2019

DR. Gaurav Shah
Dr. Gaurav Shah (MS)
 (Name of Doctor, Hospital & Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

VIVEK RANA
 Administrator
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION- आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

