

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0819/177 (965/19) APPLICATION DATE: 5/8/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Sita Ram AGE-YEARS 72 SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RE- 15/15 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above



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

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 30,000/- (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. स्वयं खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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	Indira Devi	70	F	Wife

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

DPL Card (Attach Card Copy) यदीदी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (अपना 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 (अपना पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्यादा/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag: RE Cataract
	Sub: RE Phaco/HOL

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से लेना चाहता हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा गया है, उस राशि का आर्थिक या वकालत विभाग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कॉशिका" द्वारा जारी, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिये अतिरिक्त और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण भी इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" न लम्बी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Sata Ram

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.

- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से प्रमाणित/सही को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न 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 उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा लेनी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जारी करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery जर्जरण की तारीख</p> <p>5/8/19</p>	<p>Dr. Shubha Mishra DMC No. 84795 Shroff Eye Centre Dr. & Regn. No. with Stamp</p>	<p>Dr. V.P. Thakraj Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Nagar, New Delhi हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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