

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/1819/196 (1436/19) APPLICATION DATE: 26/8/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Karpal AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पॉस्टल आड्रेस पता

3/97 Dostampuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्र 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 संबंध
①	Krishna	60	F	Wife
②	Mahesh	36	M	Son
③	Mohan	33	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Surt- RE Phacolytic

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 कौन सा सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 repatriation/repatriation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if requested 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 being requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन अथवा झूठा दावा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पत्र या पत्र है, उसके उपयोग के उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आगामी भविष्य में कभी भी, या वर्तमान में कभी भी अन्य प्रोविडेंट/बोना/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use publish/put up/propagate 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 its 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 use with 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 मुद्रा के अभाव में मैं (आवेदक) स्वयं स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें। वे "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी पहचान और विवरणों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। वे इस बात के विचार से प्रचार को करते हैं कि वे मेरे पत्र के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करेंगे।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रचार के लिये प्रसारित हैं, मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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, in the event 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत हस्ताक्षर की और से मान्यता प्राप्त की है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हम (हस्पताल) से प्राप्त करने के लिये या ले रहे हैं, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता प्रदान करने में असमर्थ है, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकृत अधिकृत से सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत हैं। इस पुष्टि के अभाव में हम (हस्पताल) अपने अधिकृत अधिकृत से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जायेगी केवल वित्तीय सहायता की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस विचार को प्रभावित नहीं करेगा। अतः हस्पताल में रोगी की चिकित्सा सुचारु और अने जाने की सहायता निम्नोक्त होगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी चिकित्सा या उपचार हेतु जिम्मेदार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta

DMC No. 64798

Shroff Eye Centre

Dr. V.P. Thakral

Medical Officer Designation & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 025

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा सहमति

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहले भरोसे 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरे भरोसे 2