

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S1087/197 (1134/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/8/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Kaldeep

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51
SEX लिंग: M

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

Prem Nath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

L6, Band Road, Sangam Vihar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Shop Keeper
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1144 lacs
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगायें)

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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | Poonam | 46 | F | Wife |
| 2 | Dhanraj | 20 | M | Son |
| 3 | Megha | 15 | F | Daughter |

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|---|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकरेण सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| | Diagn: RE Cataract |
| | Susta: RE Phaco+IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण धीरे-धीरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से पुनः पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस राशि का वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्वारा करार)

- 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/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 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा नाम, पता/पता द्वारा उद्देश्य से बुद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रयोग मेरे इलाके में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतंत्रता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



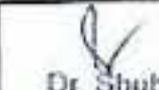
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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:

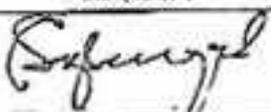
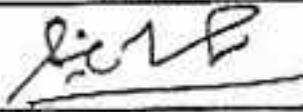
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 ओर से नाम/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये न करेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दायित्व केवल उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो राशि सहायता के लिये प्रेषित प्रकृत की है: रोगी को हस्ताक्षर द्वारा ही प्राप्त किया जा किन्हीं नव उपचार/क्रियाओं का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुख और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ दायित्व नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतियों के लिये संस्तुति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 26/8/11 |  Dr. Shubha Mishra DMC Name of DR & Regn. No. with Stamp [Stamp] हस्ताक्षर के लिये हस्ताक्षर व छाप |  Dr. V.P. Thakral Medical Officer Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-3, Kailash Nagar New Delhi-110019 नाम, पद-हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 |
|  |  |