

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 5/09/213 (655/19)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/1/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr Navpat Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Bhawar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ND-1 Conal Colony Okhla N Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Driver

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.20 lacs

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं ज्ञात संख्या

-

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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	Bhawar Singh	70	M	Father
②	Agneslati	68	F	Mother
③	Mirimala	40	F	Wife
④	Yuvraj	20	M	Son
⑤	Ravinder	19	M	"
⑥	Romil	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) कोई बीमा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LF Cataract
	Surg:- I.E Phaco trol.

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 लौ गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो 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 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 (आवेदक) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषणा करें, उसे "कोशिका" एवम् मासिक, दैनिक, पत्रिका/पत्र द्वारा उद्देश्य में मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम/उपकरण या किसी अन्य स्वरूप से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भेजा है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अशिकायक/अवगत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/बीमा या किसी अन्य स्वरूप से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेषकर उसका पूरा/आंशिक रूप से किसी भी रकम/उपकरण या किसी अन्य स्वरूप से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार को नई सहायता या किसी अन्य उपकरण/उपकरण का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को घोषणा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/9/19

[Signature]

[Signature]

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व इलाज का नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CLINIC
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

[Signature]