

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 3/1119/285 (1975/19)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 11/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NENGBOI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 74
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Meekhopaw
पिता/हस्तुध्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

451, Arjun Nagar, Kirti Mubarakpur N Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

Manipur.



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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	Meekhopaw	75	M	Husband
2	Phalkeher	30	F	Daughter
3	Ngahnei Chang	26	F	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किये गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Surg:- LE Phaco + IOL

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 यती
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 इस बात को सख्त प्रति "कोशिका फाउण्डेशन", से ही या उसे ही, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
 - 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, इस प्रति या आर्थिक या सहायता किये जाने वाले अन्य स्रोत/निर्भर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

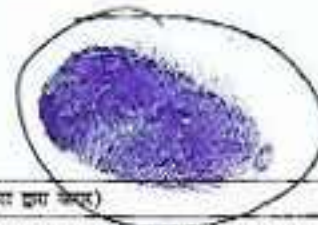
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, दूर, सचकायत दूरों उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये निजी या प्रसारण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यायोक्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से अधिष्ठित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और सचकायत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित 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 और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग की जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निगीत अधिकांश/सकल हेतु कन्सूर जाये किन्तु वह रोगी असहमत निगीत अन्य और सहायता संस्था या निगीत अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहमत द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु निगीत और सहायता संस्था या निगीत अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या निगीत गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा निगीत प्रश्न का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे जाने को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/19</p>	<p>Dr. Shubha Mohite DMC (M.D. & Regn. No. with Stamp) Shroff Hospital का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. V.P. Thakral M.D. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital) A-9, Karla Road, New Delhi 110 029</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोक्त हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोक्त हस्ताक्षर 2</p>
	