

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/1119/289 (2084/19) APPLICATION DATE: 12/11/19
आवेदन संख्या: उम्मेदवार दिनांक

NAME of APPLICANT: Mr. Bachu Sharma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jagdev Sharma
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कौनसा आवासीय पता

A-242, Gurgaon Camp Okhla New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Carpenter
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 60,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नित लक्ष्य करें)

Yes/No
हां/ना

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	Deepak	38	M	Nephew

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

BPL Card (Attach Card Copy) हरीबी रेशम 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) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चोरण पर:

- 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 सत्य कथन अलग पाया जाता है तो पूरी सहायता निराल की जा सकती है।
 2) मैं दान को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उहाँ उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र मंगा है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रयत्न को नहीं है, उस खर्च का अधिक या उचित हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान चोरण)

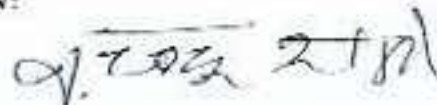
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, प्रिंट, एलेक्ट्रॉनिक द्वारा उद्देश्य से मुझे भर्त्सना/प्रचार और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित हे मुझे स्वतः सहायता या हस्तगत नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपारण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निराल



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान चोरण)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेश/पत्रों को "कोशिका फाउन्डेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरकर्ता) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पैसे में लीं या ले रहे हों, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निराल आर्थिक/सहायता हेतु म-नुर को किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता द्विगुण कर उस सौभाग्यवत् हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/पैसे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत दान से यह सहायता किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को योग्य का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लेनी के प्रारूप सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संतुष्टि

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

12-08-19

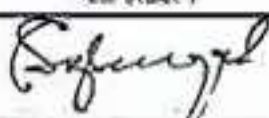
Dr. Shubha Mohita
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
Shroff Eye Centre
हस्ताक्षर की तारीख हस्ताक्षर व छिद्र न.

Dr. V.P. Thakral
Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash
New Delhi-110049
हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नयासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नयासी हस्ताक्षर 2

