

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/1119/305 (2120/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/4/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mr. Rajan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष
64

SEX लिंग
M

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

Madam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कागजि जगजेल पत्ता

C-117, Turbha Colony Faridabad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Auto Driver
व्यवसाय

MARRIED (नियमित) / UNMARRIED (अनियमित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96000/yr
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं छाता 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 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 | Suman | 60 | F | Wife |
| 2 | Jyoti | 30 | F | Daughter |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोज्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया 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 |
|------------------------|--|
| | Diagn: LF Cataract |
| | Spec: LF Phaco +10 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीद करेगी की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश किया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि निरस्त सहायता हेतु या प्रत्येक की राशि, उस रकम का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम. एल. के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है गुप्त रखा; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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 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 ओर से यहाँ घोषित करने के "कोशिका फाउन्डेशन" 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/निरस्त हो गई तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल रोगी/रोगी के चिकित्सा/उपचार हेतु सहायता के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लगेगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के हित में सुझाव और अन्य बातों की सही निर्णय/उपचार रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/11/17</p> | <p>Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>Dr. V.P. Thakral Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kirti Nagar New Delhi-110028 आधिकृत अधिकृत अधिकृत अधिकृत</p> |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2</p> |
| | |