

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 311119/308 (1985/19)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 29/11/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Purnima Narayan  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mahalingi  
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS कांवास आकाशं पत्र

A-196 Amritpura Ganga Ghat N. Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above.



OCCUPATION: व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

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

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 सम्बंध
01	P.S. Badi Kasi	42	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Goshu/Proof अन्य कोई सब्य
--	---	--	---

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी

~~NIL~~

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अस्तित्व प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, जो कि केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने पिछले समय में या भविष्य में, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः निराकरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**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 is this regard will be final and acceptable to me
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कपड़ों, दवाइयों, उपकरणों, प्रचार-प्रसारण के माध्यम से वृद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रवृत्त करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैंने इस प्रकरण में सहायता के अर्थ में या भविष्य में कभी भी "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जा रही है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त होना चाहिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृतियों के अंतर्गत है और "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा सहायता के अर्थ में या भविष्य में कभी भी सहायता नहीं दी जाती है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सही जिम्मेदारी हमें ही है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>29/08/19</p>	<p>Dr. Shubha Mehta DMC No. 64792 Shroff Eye Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. V.P. Thakral (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SHROFF EYE CENTRE A-2, Kailash Park, New Delhi-110019 अधिकृत उपस्थित हस्तक्षेप</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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