

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/020/358 (2285/19) APPLICATION DATE: 10/1/20
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ketki AGE-YEARS आयु वर्ष: 50 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram Swarnop
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Sy/9 New Rajpoot Mahalla Faridabad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.15 Lacs (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सप्रमाण प्रमाण)

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

Gr. 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)	Ram Swarnop	58	M	Husband
2)	Chaitrapal	40	M	Son
3)	Rajiv	35	M	"
4)	Ram	35	M	"
5)	Hari Om	22	M	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दूधपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की सहायता प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न कारण उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug:- RE Cataract
	Sur:- RE Phacotomy

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 तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

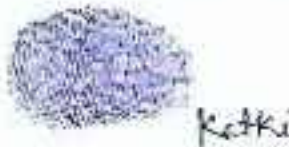
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस राशि/रकम हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का जमा/पुनर्प्राप्ति किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनपी न्यासीयों, सच, सचकावा/दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पढ़ने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों में प्रसारित है प्रयोग किया जा सकता है। सहायक या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समन्वयकों को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायक नहीं मिलती/प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायक प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने हेतु किसी और सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायक प्राप्त किया जायेगा, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायक का निर्णय किया जायेगा और हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/1/20</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital) A-3, Kailash Nagar, New Delhi-110 028</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---