

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 3/0220/392 (2020/4)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/2/20  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Atmanand Mishra  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 53  
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Anita  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

44, Aliganj, Badli Pur, N. Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Bus Driver  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.68 Lacs  
कुल वार्षिक आय

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

PAAN No. स्थायी खास संख्या: --

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाने वाले हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	Anita	50	F	Wife
2	Jyoti	20	F	Daughter
3	Richa	17	F	"
4	Anurag	15	M	Son
5	Aman	12	M	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा 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) उपभोज्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Contract
	Sub:- LE Phaco 102

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता निम्नो अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी, उस राशि का अतिरिक्त या फर्कला इलाज किये अन्य कोटेशन/कॉम्प्लेक्स/सोसाइटी से न ले लिये 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, दान, संचालन या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व -सभी 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 मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं प्रदान करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और संपन्नकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*3/2/20*

**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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेश/लेखों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/सम्पन्न हेतु बनने की विचार जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं होगा/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो कोई सलाह या विचार गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच पर विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज गुणवत्ता और अपने अपने को सही जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई चुफिका या निम्पेसारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संरक्षित

Date of Surgery  
अपरेसन की तारीख

3/2/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakur  
Medical Superintendent  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
in behalf of Hospital)  
SHROFF EYE CLINIC  
A-9, Kailash Colony  
New Delhi - 110048

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*