

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 3/0220/405 (1443/19)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/2/20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Amit Kumar
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 27y
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ranjit Kamauja
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-158, Lalita Park Laxmi Nagar Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Marketing
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सवाई पत्रा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चकी का चिह्न लगाए।)

Yes/No
हाँ/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	Ranjit Kamauja	48	M	Father
2	Sumita	47	F	Mother
3	Pawan	25	M	Brother

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

BPL Card (Attach Card Copy) परिचय लेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: RE Cataract
	Sur: RE Phaco + IOL + Ant. Vit.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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.
 - 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.
 - 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे वास्तविक ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
 - मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी अपने व्यय को पूर्ण रूप से, इस सहायता के अतिरिक्त या इसके बिना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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.
 - 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति और पूर्ण अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को आवश्यकता पड़े तो मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रकार से प्रयोग करे, जैसे कि मेरी "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यम शामिल हैं। इस प्रकार का प्रयोग मेरी सहायता के लिए या इसके बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
 - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यम शामिल हैं, मेरी सहायता के लिए या इसके बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर हमारे अधिकृत अधिकारी द्वारा सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए या इसके बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि</p> <p>10/2/2020</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110028</p> <p>Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory हस्ताक्षर और छाप के अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

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