

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/6220/408 (2257/19) APPLICATION DATE: 10/2/20
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Chetan Mardal AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 62y SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

1288/11 Noida Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

Dehra Bihars



OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 65,000/- (son's income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये)

Yes/No
हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Amika	60	F	Wife
(2)	Mohan	34	M	Son
(3)	Subat	28	M	S

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

BPL Card (Attach Card Copy) परीकी देखा 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 किसे करने विनती का उद्देश्य:

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही सहायता लेऊँगा।

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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति और स्वीकृति करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। इनके द्वारा मेरी पहचान, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण का प्रयोग करने के लिए वे किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रचारण के माध्यम से मेरी पहचान, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। इस प्रचारण का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Handwritten Signature)

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न 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 या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकार/अस्वीकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस स्वीकृति में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु सिफारिश और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अनुरोध करने की गारंटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/2/2020	<i>(Handwritten Signature)</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. V.P. Thakral Medical Officer SHROFF EYE CLINIC (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरी हस्ताक्षर 2
<i>(Handwritten Signature)</i>	<i>(Handwritten Signature)</i>