

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/1014/0201 (498/12)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 25/10/14
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Pushpa James
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61
SEX लिंग: F

FATHER'S/SOPUSE'S NAME: G. JAMES
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

F-39 South ext Part - 1 NO.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

do



OCCUPATION: व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 80,000/- (Family income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) Not available

PAN No. स्थाई खाता संख्या Not available

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	G. JAMES	72	M	Husband
2	Simon	48	M	Son
3	ANITA	42	F	Daughter
4	Sunita	46	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attached Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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
	PT is diagnosed (LE) cataract. She is advised for (LE) Phaco cataract. She underwent (LE) Phaco cataract 1st LA

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
NIL		

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्वर्गीय/खण्डणीय होगी।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जिस हेतु इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में लूना, मेरी सहायता हेतु, यह प्रार्थना विनियमन को नहीं है, उस राशि का आंशिक या सकल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

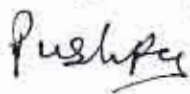
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ अथवा "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता फोटो और विवरण जो इस प्रपत्र में घोषित है, उसका विवरण, "कोशिका फाउंडेशन" एवम् न्यासी दान याचना/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अनुरोधित है मुझे स्वचालित रूप से सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम होगा जो कि मुझे स्वीकार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

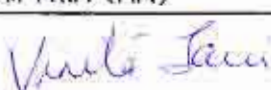
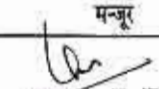
1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 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.


हमारे अख्तुव, हस्ताक्षर मापले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) द्वारा निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह है कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मापले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मापले हेतु किस, गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. यह कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दिये गये सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का विकल्प यह इकरतम रोगी एवं हस्पताल के माध्य में आधारित है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल पर रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मन्जूर	REJECTION नमन्जूर
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/10/14	 Dr. Vinita Jain DMC No : 9195 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. V. P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048 on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
 SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नमन्जूर	