


616/10/1169

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Block of Us.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : D10317/0025		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/3/17			
NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : RISHI PAL		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65 years	SEX / लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : PURAN SINGH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : Rayoli, Oshwar, Kasli, Haridwar, Uttarakhand				Pincode / पोस्टल कोड : 0025	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : Same as above				Postcode / पोस्टल कोड : Dehra Dun	
OCCUPATION / व्यवसाय : Not working					
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 60,000 (family Income)		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. / पैन संख्या : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (कौन सा भी लागू हो सके) : [Blank]		Yes / No / हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sl. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंधित का प्रकार	
1.	Hemant Chandra	45	M	Son	
2.	Soumya	42	F	Daughter-in-law	
3.	Mehal	38	M	Grandson	
4.	Yashni	33	M	Grandson	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tax whichever is applicable) / आधार के बिना किसी अन्य					
BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (आपका नाम भी लिखें और प्रमाण पत्र भी)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (आपका नाम भी लिखें और प्रमाण पत्र भी)		Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आपका नाम भी लिखें और प्रमाण पत्र भी)	
				<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु दिने जाने बिना का उद्देश्य					
Dr. No. / डॉ. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिपत्र संलग्न की गई हैं				
1.	Diagnosis - Corneal Scar & Surgery - therapeutic Penetrating Keratoplasty				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?					
Dr. No. / डॉ. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता का राशि			
1.	SCHEH				

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 निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र में पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भेजा जा रहा है, उस रकम का अवशेष या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, चान, साक्षात्/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लक्षित करके प्रसारण करने में प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के महत्व या खर्च में कटौती के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी 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 पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सहायता हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख
29/3/17

(Handwritten Signature)
DR. MANISHA ACHARYA
REG. NO. 27435/19.08.2017
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Handwritten Signature)
KIRAN MEHTA (Head, Donor Relations)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Handwritten Signature)