

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0317/0515 (0255/17)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/3/17
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Soupali
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 60yrs
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shes Singh
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता
E-2nd, 127, Madangra, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above



OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खला संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ):

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 संबंध
1	Shes Singh	61	M	Husband
2	Pradeep	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विकल्प आधा

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे चर्चे विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- (RE) Cataract
	Sur:- (RE) 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 लगे गई सहायता राशि

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 कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में मांग किया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता हेतु या भुगतान के लिए, जो भी राशि का अंशिक या सफल विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ 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/post-up/republish 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रेषित, प्रकाशित/पुनः प्रकाशित या किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपरोक्त विवरण को इस प्रारूप में प्रकाशित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए स्वतंत्रता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्रीपती

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.

इसमें अधिलेखित, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/रिजेक्शन को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित प्रस्तावना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/रिजेक्शन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/सफल हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता किन्हीं भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Shubha Nigro DMC No. 6230 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110048 पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<input checked="" type="checkbox"/> SANCTIONED स्वीकृत	<input type="checkbox"/> REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यासी हस्ताक्षर 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>