

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.: S/0717/164 (0675/17)

APPLICATION DATE: 14/4/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yogender Bhagat

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Uma Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

C-27, Pulpur Vihar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Security Guard

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 96000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर भुगतान करते हैं? (जहाँ मन्व हो उस पर खींच को निशान लगायें)

Yes (हाँ) / No (नहीं)

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Uma Devi	55	F	Mother
2	Ajay	52	M	Son
3	Amish	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र जोड़ें संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र जोड़ें संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र जोड़ें संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/प्राधिकृत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- (R/E) Cataract
	Surg:- (R/E) Pterygia + 1/2

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

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 KushiKa 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 यहाँवाक्य करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँवाक्य करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, यदि मुझे कृषिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया था।
- 3) मैं यहाँवाक्य करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया था, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जयदेव दास फल)

- 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/post-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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस दस्तावेज में उल्लिखित है, इसी "कोशिका" दस्तावेज, पत्र, संचिकाएँ, दूरभाष, अड्डेशन के सूची, विडियोफिल्म और इन्फार्मेशन के बिना किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज का विषयक मेरे हस्ताक्षर के पता या पत्र में करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को नि प्रकाशक के अधिकारों में शामिल है मुझे तथा: स्वामी या स्वामी नहीं करता इस सम्बन्ध में "कोशिका" दस्तावेज उसके स्वामियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जयपुर के मुख्यमंत्री का गंतव्य

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य सेवा समिति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this application 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.

अपनी प्रतिभुता, हस्ताक्षरों को जोड़ें से सम्बन्धित सभी को "कोई भी फायदा" से निवृत्त रहना है। यह विचार है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं:

- 1) यह कि न तो मान्य और न ही अल्प में किसी सहायता किसी भी प्रकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐनोपमनो में संकेत या संकेत है, जैसे कि इन "कोशिका कायदेन" से विचारित/विचारित उक्त के प्रत्यक्ष में "कोशिका कायदेन" प्राप्त करना है। यदि "कोशिका कायदेन" प्राप्त प्राप्त विचारित/विचारित से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत विचारित प्राप्त उक्त ऐनोपमनो से किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका कायदेन" से तो यह सहायता संस्था विचारित प्रकृति की है। जैसे कि इसका उक्त से यह सहायता या विचारित से सहायता/विचारित का प्रत्यक्ष से एक प्रकृति है और "कोशिका कायदेन" प्राप्त किसी प्रकृति पर कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे इसका में संकेत से सहायता प्राप्त और अन्य जहाँ की सहायता विचारित से एक प्रकृति और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विचारित प्राप्त सहायता में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संतुष्टि

Date of Surgery
अंशेदन की तारीख

14/7/17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम य हस्ताक्षर य छिद्र य

Dr. V. K. Phakral
Medical Superintendent
SHRINE EYE CENTRE
A-9, Kailesh Canteen (behind of Hospital)
New Delhi-110055

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 (PRINT NAME)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

Exempl

Rich