

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 310117/165 (06/5/17)

APPLICATION DATE: 14/7/17

NAME of APPLICANT: Sunil

AGE-YEARS आयु वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late K. V. Sharma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A 358 Convent Road New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Auto Driver

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/-

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

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाने वाले हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):Yes ☒ No ☐
हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Neelam	55	F	Wife
2	Rajat	30	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) भूखे रेश के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गन किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Drug:- (Rx) Retinal Detachment
	Surgery:- (Rx) Vitrectomy

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बतलाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस मददवाह हेतु का प्रयोजन नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा, किसी भी प्रकार से, चाहे पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो मदद मिले है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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/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 प्रस्ताव या अन्य दस्तावेजों का उपयोग मेरी छवि लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत होगा कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं जिसका इस प्रस्ताव में विवरण है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिये उपयोग करेगी। इस सहमति के माध्यम से मैं "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत कर रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित कर सकें। इस सहमति का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद के लिए प्रकाशित करने के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये उपयोग करेगा। इस सहमति का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये अनुरोध किया जा रहा है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूर्णतया या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सहमति का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सक या रोगी के चिकित्सक द्वारा निर्धारित होता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अंत में रोगी की सुरक्षा के लिये हॉस्पिटल को पूर्ण और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख

14/7/17

(Name of Dr. & Hospital with Stamp)
डॉक्टर का नाम और हॉस्पिटल का स्टैम्प

Dr. J. P. Thakral
Medical Superintendent
SHROFF EYE CENTRE
(Name of Hospital)
A-9, Kallash Colony
New Delhi-110019
हॉस्पिटल का अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2