

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: S/0717/168 (0621/17)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 17/7/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vikram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

Bimla Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-24, Akhla New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. समस्त राजा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लखें)

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 सम्बन्ध
①	Bimla Devi	56	F	Wife
②	Poonam	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड के 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 एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/आयुर्वेद से जुड़े कोई भी डॉ. प्रमाणित सूची संलग्न
	Drug:- ② Cefixime
	Sun:- ② Place + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं सत्य असत्य बात सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह भी घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो पैसा ले और न ही रीफंड में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

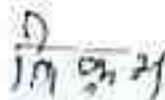
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉय, प्रिंट, पब्लिश, पुनर्प्रचलित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के अंतर्गत या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉय, प्रिंट, पब्लिश, पुनर्प्रचलित करने के लिये अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

हमारे अधिकृत, इसकाफी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही 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 भी सहायता कोष या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज के लिये या उस को ले, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत, या सहायता कोष या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस स्पष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद तथा रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सहायता कोष या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इसका इलाज इस बात का स्पष्ट या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं इसका कोष का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इलाज में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं इसका कोष को लेने और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारियाँ इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि

17/7/17

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाज का स्थान

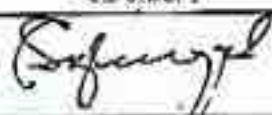
Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony, New Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

