

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0717/176 (0673/17)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 26/7/17
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mr. BHAGUANDAS

AGE-YEARS आयु वर्ष 55
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम Laxmi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पर

A-364, Bhunihar Camp, Gurgaon, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पर

As Above



OCCUPATION: व्यवसाय Rikshaw Puller

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs. 50,000/-

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

PAN No. स्वयं का PAN संलग्न करें

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

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
01	Laxmi	50	F	Wife
02	Rajesh	28	M	Son
03	Kushare	2.5	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) भूखी रेटा को जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रेस्क्रिप्शंस जोड़े की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug:- (RE) Cataract
	Surgery (RE) Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस 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 गया सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य आशय गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके अंश के लिए भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई राशि लेता हूँ और न ही भविष्य में लेता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार)

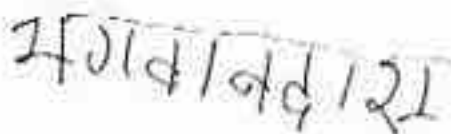
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पूर्ति करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कॉशिका" एम्स, ब्लॉक, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, दूरदर्शन के जुड़ी दूरदर्शनीय और दूरदर्शनीयों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे नाम के बिना "कॉशिका फाउन्डेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे स्पष्ट: सहायता का प्रस्ताव नहीं बनाया इस सम्बंध में "कॉशिका" एम्स अपने त्रस्टियों का निष्पक्ष और सम्पन्नता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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 सम्बन्धित को "कॉशिका फाउन्डेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी एक सहायी संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या तो हो रही है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की अथवा मैं "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य एक सहायी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त सहायता हेतु किसी एक सहायी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से भी कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रपत्र की गई सलाह या जिसे मैं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवाद है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और उसी काम को जारी रखने/लेने एवं हस्पताल की रोगी और "कॉशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस प्रपत्र में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तिथि

26/7/14

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent

SHRIMP EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony

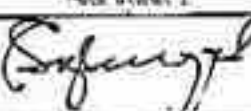
New Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

