

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/07/17/178 (0649/17)

APPLICATION DATE: 26/7/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Suresh Lal

AGE-YEARS आयु वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

Nirmala

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

G-1st, 147, Madangir New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Security Guard

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs 6000/-

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

No

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
01	Nirmala	20	F	WIFE
02	Vishal	32	M	Son
03	Kunal	30	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तपत्रिका/दवाखाने से जारी की गई डॉक्टरीपत्र सुनिश्चित करें
	Diagn- (RE) Codvact
	Sust- (RE) Phoca 410L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग सभी प्रकार की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में पद प्राप्त है।
- मैं यहाँ पर दावा हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण निरस्त किया जा रहा है/निरस्त किया जा रहा है/निरस्त किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करेगा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चप, सम्मेलन/सम्मेलन द्वारा अथवा से कुछ भी माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के चले या कर या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अंतर्गत से अर्जित है मुझे रखा; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेगा)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) किन्तु प्रत्यक्ष से याद या स्वीकार नहीं है।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लेने या ले रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश इस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी माध्यम/सहायता हेतु कष्ट को किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित करता है। इस दृष्टि में सहायता प्राप्त जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता सहायता हेतु किसी गैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित होता है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही सहायता या किन्तु गैर हस्तगत/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत द्वारा और जाने जाने को भी सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भी दखल या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख 26/1/17	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (Staff of Hospital) A-9, Kallan New Delhi-110002	
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासे हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासे हस्ताक्षर 2
--	--