

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 510717/180 (07/17)

APPLICATION DATE: 28/7/17

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

Kishor Kumar

AGE-YEARS आयु वर्ष

65

SEX लिंग

F

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

Late Ganga Sharan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

HR-132, Dal Park, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs 80,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आप को सहाय्य प्रदान करने के लिए)

PAN No. सहाय्य प्राप्त करने वाला

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

Yes (हाँ) / No (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 से क्या सम्बन्ध
1	Meenu Kumari	45	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहाय्य के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) कोयले रोज के दोपहर प्रदान करने के लिए (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना चाहिए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहाय्य हेतु किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्राप्ति के साथ ही प्रतिक्रिया सुनिश्चित करें
1	Diagn - (R) Cataract
2	Surge - (R) ICL + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य किसे अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED इस मदद सहाय्य का राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला पक्ष:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं काल्पनिक बात बताई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिले है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या जो भी हो सहायता के लिए या तो भुगतान करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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 बात का मैंने स्वीकार किया है कि मैं (आवेदक) अपनी हस्ताक्षर की मुद्रा या अंगूठा "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एक नए माध्यम, दूर, चरित्र या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के लक्ष्य या मेरे लक्ष्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक नए माध्यमों का निर्माण अधिकृत और सहायता देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



LEFT THUMB

KSRANWARI

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

- (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 nonconfirmation 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.
- इससे अधिकृत, हमारा ही और से समझौते को "कोशिका फाउंडेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से काम न करीका करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी भी स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या तो है। जहाँ कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अधिकृत प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निहित अधिकृत/अधिकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता जाता है कि सहायता निहित सहायता प्राप्त होगी/करने हेतु किसी भी स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/करेगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता सहायता निहित प्रकृति की है। हमें या हमारा द्वारा जो भी सहायता या किसी अन्य सहायता/अधिकृत का चुनाव करने एवं हमारा को भी न तो विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा में हमें या हमारा द्वारा जो भी सहायता प्राप्त और अन्य सहायता को भी सहायता निहित सहायता का निर्माण हेतु सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संक्षेपित

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

28/11/17

Dr. V.P. Thakral
110 64738
Shroff Eye Centre

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent
Shroff Eye Centre
Stamp of Authorised Signatory
A-9, Kailash Colony
New Delhi
हमारे द्वारा अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक हस्ताक्षर 2

[Signature]