

C.1885/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0817/136

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bheem Singh

AGE-YEARS

वर्ष

SEX

लिंग

55

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Bhoda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Village - Bhoda

Taluk - Buxant

District - Bagmati

Utter Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- Nil -



Preop

136

Postop

Bheem Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA 40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Ashok Kumar	28	M	Son
2.	Sun pat	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सहाय्यता प्राप्त पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरीन सूची संलग्न
1.	Diagnosis- RE- PP IE- MSC
2.	Surgery IE- ECCE + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषण कर:

- 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 फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिये झूठ बोलता हूँ तो मेरी सहायता स्थगित की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये ही करने के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से भी सहायता नहीं ले रहा हूँ, और भविष्य में भी ऐसा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 फ़ॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फ़ाउंडेशन, पत्र, प्रकाशन, दूरदर्शन, रेडियो, ऑडियोविडियो और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण मेरी सहायता के लिये या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित नहीं किया जा सकता। सहायता का प्रदान करने वाला "कोशिका" फ़ाउंडेशन उसकी भविष्य और सहायता देता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):**

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 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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा यह घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्पष्ट करना होगा कि हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे डॉक्टर और हमारे डॉक्टर के निर्देशों के अनुसार होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी भूमिका नहीं होगी। इससे स्पष्ट होता है कि "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

31/8/17

DR. VANDANA DOLLA
Consultant
VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
DR. VANDANA DOLLA, M.D., D.O., D.C.O.
1/31, Street No. 1, Sector 1, Gurgaon, Haryana

DR. ABHISHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
1/31, Street No. 1, Sector 1, Gurgaon, Haryana
Phone: 91-98999-XXXX-XXXX
Registration No. DMC-17303

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती इंदरकर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती इंदरकर 2