

C 1879/8/12

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन क्रमांक:

F/08/12/132

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/8/12

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Babita

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Jayveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village- Nangal,

Post- Gaurat

District - Baghpat,

Utter Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- the above -



Preop

133

Postop

Babita

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. आय का प्रमाण संलग्न करें

NA

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

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

Yes (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Mayank	18	M	SON
2.	Vaishali	24	F	Daughter
3.	Nisha	21	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Cert. Copy) गरीबी रेश के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis- RE- IMSC LI- IMSC
2.	Surgery RE- STCS+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही
1.	Venu	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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/employed/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस मदद का अधिक या कमल विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयड/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के माध्यम से या अन्य किसी भी प्रकार के माध्यम से, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिये उपयोग करें। मेरी प्रमाण का प्रयोग मेरी इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे लिये "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लक्ष्यों को प्रभावित हैं, मुझे सहायता का इलाज करने के बाद भी "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के माध्यम से या अन्य किसी भी प्रकार के माध्यम से, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिये उपयोग करें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, बल्कि कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तिये उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रदान हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता/वित्तिये उक्त के सम्बन्ध में मांगे जा रहे हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये सिफारिश की गयी सहायता/वित्तिये उक्त के सम्बन्ध में सही सहायता/वित्तिये।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/वित्तिये वित्तिये प्रदान की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता/वित्तिये मांगे जा रहे हैं, उनका पूर्णतः उक्त रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज/चुप्पा और अन्य जगह की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/8/17	 DR. WANGCHUK DOMA (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) VEDU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE 1/31, Sheikh Saran Institutional Area FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION Reg. No. - 51022	 DR. ABHISHEK B. DAGAR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) VEDU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE 1/31, Sheikh Saran Institutional Area New Delhi - 110017 Registration No. : DMC-17530
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामोई हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामोई हस्ताक्षर 2 	