

C 1891/8/17

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building blocks of life

 APPLICATION No. (आवेदन संख्या): E/0817/138

 APPLICATION DATE (आवेदन तिथि): 30/8/17

 NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम): Ishwari

 AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60

 SEX लिंग: F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/सहोदर का नाम): Sukhdev

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता):

 Village - Sitana Tehsil - Basant

 District - Baghpat Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता):

— 05 Chaur

 Preop  
138

 Postop  
Ishwari

 OCCUPATION (व्यवसाय): Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय): 35000/-

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

NA

 PAN No. (आय कर पहचान संख्या): 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.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | <u>Pankaj</u>                                   | <u>38</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
|                        | <u>Daughter</u>                                 |                            |                | <u>Married</u>                                  |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अनुपचार/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | <u>Diagnosis -</u><br><u>RE - HIRSC</u><br><u>LE - IIRSC</u>                                  |
| 2.                     | <u>Surgery</u><br><u>RE - STCS+TOL</u>                                                        |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य में हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | <u>YENCL</u>                              |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का वापस या सब्सिडी किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कब)**

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/post-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.

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 (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, संचारण, दूरदर्शन से चुने की विधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार संचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रपत्र का विवरण मेरी प्रार्थना के लिये या मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मिला अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं चुने प्रकार: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोदारों की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि। उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान अधिकृत/सकार हेतु भंगु नहीं किया जात है जो असफल किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी दिनों में हम उस रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता लेने का किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निवेदन एवं उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चुनाव और करने करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख

31/8/17

DR. VINEET KUMAR DOMA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

DR. VINEET KUMAR DOMA

VENI EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE

1/31, Sheikh Sarai, New Delhi - 110017

DR. ABHISHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

DR. ABHISHEK B. DAGAR

VENI EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE

1/31, Sheikh Sarai, New Delhi - 110017

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Reg. No. - 51023

Reg. No. - 1102 /

Registration No. DMC-12300

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*