

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No: 5/0817/223 (0761/17) APPLICATION DATE: 30/8/17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT: Mrs. Reena AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 40 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Satish Kumar
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बौनाम आवासीय पता
C-22, 116, Madangir New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Satish Kumar	45	M	Husband
2	Pooja	19	F	Daughter
3	Karuna	15	F	
4	Mukul	13	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) रटीबी कार्ड के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RD Cataract
	Sux:- RD Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कबत हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में किसी भी प्रकार की रकम, पूर्ण या अंश, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लियेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा पत्र)

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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दूर, कचरा/वा दूररेखा से कुछी प्रतिनिधियों और जालस्थलों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का निराकरण मेरी इच्छा के भले या बुरे में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे क्या: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Reema

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा पत्र)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

उपरोक्त अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कर्मचारी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संग्रहालय या किसी अन्य स्रोत से उन्हीं रोगी/रोगी के लिये की जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उन्हीं के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत अस्वीकार/बकलत हेतु मन्सूर कर दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संग्रहालय या किसी अन्य संग्रहालय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर रकम भरा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उन्हीं रोगी/रोगी के लिये सहायता संग्रहालय का किसी अन्य संग्रहालय से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अन्य चीजों की खरीद विनिमय के लिये एवं हस्पताल की छोटी और "कोशिका" को कोई धूम्रपान या निषेधित इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवस्था की तारीख

Dr. Ritu Chaudhuri

(Name of PM & Sign: NO. 100 Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2