

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 510917/228 (0860/17) APPLICATION DATE: 01/9/17

NAME of APPLICANT: Madam Sal AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gireeta Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

E-29453 Camp Vigra, ND

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION: Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75000

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम प्रमाण)

Yes (No) हा / 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 संबंध
1	Gireeta Devi	45	F	Wife
2	Vijay	26	M	Son
3	Prakash	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न

Diag:- (RE) Cataract

Sus:- (RE) Elvaco + 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. नाम संख्या

NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता प्रति "बैठिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ है, उसका उपयोग उल्लेख की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस वहाँ कि औरक या सहायता निरस्त किया जाय अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 प्रत्यक्ष में अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बैठिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषणा है, उसे "बैठिका" एम्प्लॉयी, वर, वाचनालय दूसरे माध्यम से मुद्रित पत्रिका/पत्रिका और दस्तावेजों के लिये बिना भी प्रसार सम्भव से प्रकाश करने के लिये अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का विवरण मेरी स्वीकृति के पहले या बाद में करने के लिये "बैठिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन/प्राप्ति के लिये प्रेषित है, सहायता का अकारण नहीं बनता। इस सम्बंध में "बैठिका" एम्प्लॉयी उसके अधिकृत और सम्भवता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

मदन लाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गमले/रोगी को "बैठिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "बैठिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "बैठिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बैठिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कर दिया है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बैठिका फाउन्डेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बैठिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के प्रत्यक्ष सुधार और अपने कानों को जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "बैठिका" को कोई श्रृंखला या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Shubha Mehta (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent of Hospital (Name of Authorised Signatory of Hospital) A-8, Kailash Colony New Delhi-110048 अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	