

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: 516917/245 (0681/17)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 20/9/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jatun

AGE-YEARS आयु वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ता का नाम

Mohammed Ali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

A-114, J.J. Colony, Tughlaq New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 64000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (यदि मान्य हो उस पर खंडों का निशान 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
01	Mohammed Ali	60	M	Husband
02	Asma	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सभी राज्यों के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Cards/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

प्राप्तियां हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
	Drug:- BE Cardiac
	Sur:- BE Photo 4x6

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आनेरक हुन प्रयोगा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT: अर्हक द्वारा घोषणा की है:
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान-क्षेत्र के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन: असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "Koshika Foundation" से मिली सहायता, केवल इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता के लिए और न ही धन्यता के लिए कोई भी प्रार्थना नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदक द्वारा करार)

- 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/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 it's 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.

- 1) इस प्रश्न का अपने प्रभाव का अंशों को साथ लेकर, ये (आवेदक) अपनी समिति को पुरि करता है एवं "कोशिका पारदर्शन और उसके व्यक्तियों" को अभिवृत्त करता है कि ये सब, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एकात्मिक, दान, सचकाय दूसरे अर्थों से मुक्त गतिविधियों और व्यक्तियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रशस्ति करने के लिए अभिवृत्त है। जो प्रश्न का विवरण की इसकी के पता या कर के करने के लिए "कोशिका पारदर्शन" व व्यक्तियों अभिवृत्त है।
- 2) यी (आवेदक) इस बात से सहमत है कि ये सब, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के अर्थों से संश्लिष्ट है मुझे दिया: सहायक का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकात्मिक व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सचकायती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

कायेंदक के हस्ताक्षर या मंगुठे या निशान

(SFT-MONO)

$$T \in T(\mathcal{V}_A, \mathcal{V}_B)$$

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosatal) 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 अतिरिक्त, दस्तावेजों की श्रेणी से सम्बन्धितों को "कोलिका पत्राचारण" से विविध संस्थाओं से सम्बन्धितों को ज्ञात है, जिसे हम (दस्तावेज) निम्न प्रकार से नाम अ स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मांस और न ही पशुधन में इतनी सहायता किसी गैर-सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभर सकती है, जैसे कि हमने "कॉरिफा काउन्सिल" से निवृत्ति के तहत के सम्बंध में "कॉरिफा काउन्सिल" द्वारा मदद लेने के बारे में बात की है। यदि "कॉरिफा काउन्सिल" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/अलग से मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात आता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उपाय ऐसी/यहनी से लेने के लिए सहायता लेने या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कॉरिफा काउन्सिल" से लेने गई सहायता केवल व्यक्ति प्रकृति की है। ऐसा या अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी गैर-व्यक्ति/प्रकृति का सुचारु रूप से एवं अस्पताल के बीच का विवाद है और "कॉरिफा काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए अस्पताल में लेने के तहत सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हमसपात की लेनी और "कॉरिफा" की कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसीकाठी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

डॉ. विवेक कुमार,
डॉ. विवेक कुमार

20/9/17

Dr. Snubha Mehta

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

DMAC N^o

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent's Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE of Hospital

SHROFF EYE CENTRE of Hospitals

A. B. Kallish, Column Editor

New Delhi: 110 018

— **अनुसूचित जाति आरक्षण** ३३

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

शरणौ नानाशरण ।

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

2018