

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: S/1017/264 (0883/17)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/10/17
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rampati Yadav
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lt. Dayaram Yadav
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कांवास आवासीय पता

Servant Bdr. H-93, G.R. 2, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

M.S. Bhowe

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 70,000/- (Family Income)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं छाल 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/No
हां/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	Raj Narayan Yadav	60	Male	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किन्तों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
	Dr. Aggarwal (Dr. Cataract)
	Dr. Singh (Dr. Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्रस्तुत की जा सकती है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "बोडिका फाउन्डेशन", से जो मदद कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए ही करने का वादा करता हूँ, जो इस प्रारूप में बताना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहायता के लिए दिये गये "बोडिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "बोडिका" एक व्यक्ति, घर, व्यवसाय द्वारा उद्देश्य के लिए धन/सहायता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे इलाके के किसी भी अन्य स्रोत से मदद के लिए "बोडिका फाउन्डेशन" न मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "बोडिका" द्वारा उद्देश्य के लिए धन/सहायता और उपलब्धियों को मांगी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

(Rampati Yadav)

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.

अपने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से (हस्ताक्षर) हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जा रही है, जैसे कि हमने "बोडिका फाउन्डेशन" से विचारित/निर्धारित उम्मीद के साथ ही "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकांश/पूर्ण हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रा में स्पष्ट करना जाता है कि हस्पताल द्वारा भरा गया कोई भी फॉर्म/प्रारूप हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं मांगी जा सकती।
2. "बोडिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वितरित प्रक्रिया की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "बोडिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

12/10/17

Dr. Shubha Mohita

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

SHROFF EYE CENTRE, New Delhi-110004

Dr. Y.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE (Half of Hospital)

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110004

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2