

C 2322/1/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0118/292

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

29/1/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Charan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Khed Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता

HNo- 352, Sec- 26, Rehni
New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- as above -

Preop
292Postop
Ram Charan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Driver Currently not Working

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खात 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 निशान लगायें)

Yes / No

ह / 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 से संबंध
1.	Sande Prasad	17	M	Son
2.	Matti	23	M	Son
	Three	Daughter's		Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE- IMSC IE- IMSC
2.	Surgery - IE- Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

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 योजना बना रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो साक्ष्यता प्रति "कौशलिका कार्यादेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि इस साक्ष्यता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस प्रति का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य प्रोसिग्यूटोर/पीएन/कम्प्ली से न ले लिया जाये और न ही भविष्य में लें।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप या जवाब की छान समझकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोचित" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोचित, नाम, नामकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रस्ताव को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायोचित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः साक्ष्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोचित का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके एक से हस्तक्षेप या अंग्रेजी का विज्ञान



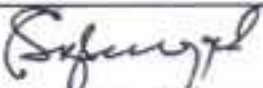
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकार, हमेशाही की ओर से प्राप्तकर्ता को "कोशिका परामर्श" से विनियमन प्राप्त हो सकता है। जिसे हम (अध्ययन) फिर प्रसार से प्राप्त न कर सकें।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेंडर/पत्राचार में लेगी या ले रही है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरानि/विमर्श उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विदेशी व्यक्तिक/संस्था सेतु मन्तुर नही किया जत है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त टेंडर/पत्राचार सेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेत/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा लेी गई सलाह या किमे गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क लेी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखत नही है। इसलिये हमलात में रोगी के इलाज दूरस्थ और अन्य माने की मरदी विध्वंसनी लेने एवं हमलात की होने और "कोशिका" की कोई अधिका या विमर्शले इस पत्राचार में नही होतु।

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/1/18	DR. WANKHUK DOMA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 1/2018 KOSHIKA RESEARCH CENTRE 1/2018 KOSHIKA RESEARCH CENTRE FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION Reg. No. - 51023	TANUJA JOSHI Managing Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) 1/2018 KOSHIKA RESEARCH CENTRE 1/2018 KOSHIKA RESEARCH CENTRE FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION Reg. No. - 51023
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 