

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 510118/357 (1190/17)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/1/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rishu Chand

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hansi Devi

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS कांपन अनामोल पहा

15/18, Dakshinpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Guard

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. ईसाई खाता संख्या

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

Yes (No)

आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
01	Hansi Devi	49	F	Wife
02	Nitu	30	F	Daughter
03	Mamraj	23	M	Son
04	Sonju	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) व्यपेक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किन्हे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
	Diag:- (RD) Cataract
	Surg:- (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 कोई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जहाँ इस प्रकरण में सहायता माँगी गई है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्बन्धों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निर्यातियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हों।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, वे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके निर्यातियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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 (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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार एवं स्वीकृत करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं मिली, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी के लिये न ही सहायता स्वीकृत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी द्वारा जो राशि सहायता या सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकाशित करने वाले रोगी के हस्तगत मुद्रा और अन्य जाने की सही जानकारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुविगत या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/1/18

Dr. Shubho Mehta
DMC No. 64798(Name of Dr. & Designation with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रीट व

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
(Signature of Hospital)A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019
हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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