

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No: S/0118/358 (1515/17)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 5/1/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs Beena Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

51 y

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

Rajveer Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

E-6, 255A, Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes (हाँ)

No (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	Rajveer Singh	54	M	Husband
2	Titender	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रत संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- (L) Cataract
	Surr- (L) Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशी

NIL

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन आत्म चर्चा मात्र है जो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस राशि का ऑनरिस या रिफंड किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही यह मदद किसी और व्यक्ति को दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उन्ही उद्देश्य के लिए, जिसके लिए मैं सहायता माँगा हूँ। इस प्रारूप पर मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के प्रयोग को केवल मेरी सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा और इसका उपयोग मेरी सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किया जायेगा, इसका उपयोग मेरी सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा और इसका उपयोग मेरी सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



(Bhenu Devi)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- इसके अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से, हमारे द्वारा यह घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगेगी, जो कि हमारे द्वारा माँगा गया है, जो कि हमारे द्वारा माँगा गया है, जो कि हमारे द्वारा माँगा गया है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और इसका उपयोग केवल वित्तीय सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा और इसका उपयोग केवल वित्तीय सहायता के लिए ही सीमित किया जायेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

5-1-18

Dr. Shabbir Khatun
D.M.C. No. 84795
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
हस्ताक्षर के नाम व प्रमाण पत्र के साथ

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-8, Kailash Colony, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2