

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: 5/0118/360 (1546/17) APPLICATION DATE: 5/1/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MR. KHEMCHAND

AGE-YEARS आयु वर्ष

54 y

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Nathulal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

103-A, Madanpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN 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 लगायें)

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	Bhikha Devi	52	F	Wife
02	Manish	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
	Diag:- (RE) Cataract
	Surg:- (RE) Phaco + IOL

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 तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

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/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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" एम्बलम, पत्र, कचहरी या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष स्वीकृति के बिना कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्यों से प्रसारित करने की पूर्ण सत्ता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्यों से प्रसारित करने की पूर्ण सत्ता कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास है। मेरी स्वीकृति के बिना कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्यों से प्रसारित करने की पूर्ण सत्ता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Dr. V.P. Thakral

AGREEMENT by HOSPITAL (रिफरिंग डॉक्टर 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.

इससे अधिकृत, रिफरिंग डॉक्टर को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने आप ही सहायता का अंतर किसी अन्य स्रोत से पूरित कर सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, हम पुष्टि करते हैं कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, हम पुष्टि करते हैं कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो वित्तीय सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय सहायता है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच की सहमति पर आधारित होता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5-1-18

Dr. Koshika Mehta
DMC No. 10000
Name of D & Regn. No. with Stamp
हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का नाम और पता

Dr. V.P. Thakral

Medicinal Preparation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Dr. Koshika Mehta

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. V.P. Thakral