

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 5/0118/369 (1464/17) APPLICATION DATE: 9/1/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

manak devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Pushkottam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

S-53/166, Gandhi Camp, Srinagar, J.P.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 70,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Pushkottam	70	M	Husband
2	Akhil	45	M	Son
3	Vinod	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितने 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेख सूची संलग्न
	Diagn:- (Rt) Cataract + Glaucoma
	Sur:- (Rt) Phaco + IOL + Txn

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: अर्जकर्ता 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 विवरण सत्य एवं सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी तरह से, आंशिक या पूर्ण रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की राशि प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जकर्ता 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/post-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.

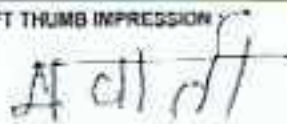
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्जकर्ता) स्वयं स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, या किसी भी माध्यम, आवाज, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से जमावों को आमंत्रित करने और/या जानकारी को फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरणों का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्जकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा ली गई स्वीकृति अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्जकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान


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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से आधिकारिक तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माग किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी अन्य सहायता का चुनाव मेरा ही है और इससे "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय है। इसलिए हस्पताल में मेरी के इलाज का चुनाव और मेरी सुरक्षा और मेरी जान की सुरक्षा के लिए हस्पताल को पूरी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

31/1/18

Dr. Shubha Mehta

DMC No. 64798

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

हस्ताक्षर के नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony हस्पताल अधिकृत अधिकारी

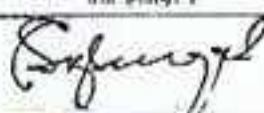
New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नयासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नयासी हस्ताक्षर 2

