

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)	
(स्वास्थ्य देखभाल)		(Healthcare)	
APPLICATION No.: 5/0118/377 (1389/17)		APPLICATION DATE: 15/1/18	
अवेदन संख्या:		अवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: <u>Shan Singh</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
आवेदक का नाम		41	M
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>Usha</u>			
पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता			
6/246, Dinkalimpur, New Delhi			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: क्या आवासीय पता			
As Above			
OCCUPATION: <u>Motor Mechanic</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय			
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>Rs. 100,000/-</u>		(Attach Proof of income)	
कुल वार्षिक आय		(आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. क्या है (संलग्न करें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):			
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो सत्य हो उस पर छंदी का निशान लगाएं)			
Yes/No हां/नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Usha	35	F
2	Malkhan Singh	75	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Father			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Ding:- (RF) Cataract		
2	Sur:- (RF) Phaco + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
एक 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 की गई सहायता राशि	
7/11			

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकारता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पैसा मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र किया है।
- 3) मैं गुरीत करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं या मेरी पत्नी या कोई अन्य व्यक्ति इस धन को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले दिये जायें और न ही भविष्य में लें।

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 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 हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को गुरीत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निरास इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, दूरदर्शन, प्रसारण, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी किया जायें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निरास जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके 'व्यवस्थापकों' 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या के लिये है, जहाँ कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" को पत्र भेजा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/अनुमति हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल जिसे अन्य और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार यह स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त करने वाले रोगी/रोगी के सहायता के लिये या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो पैसा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी का हस्पताल द्वारा जो पद सहायता या कौन से उपचार/उपचार का चुनाव लेता है वह हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/11/18

Dr. V.P. Thakral
DMC No. 64793
Chief Eye Centre

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent, Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
(on behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर