

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: S/0118/389 (1228/17) APPLICATION DATE: 19/11/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: 55yrs old male AGE-YEARS आयु-वर्ष 48 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shahzadi
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

D-762, Badliapuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

As Above

OCCUPATION: Auto Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 901000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खंडी 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Shahzadi	45	F	Wife
2	Shahen	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने कबे निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
	Drug:- LE Colchicine
	Sur:- LE Phoro + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कबे 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 ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

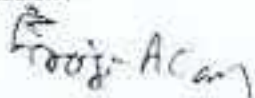
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली गई सहायता, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्रा किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो निशाना दे और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से लोगों को सूचित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरी सहमति का अर्थ यह नहीं है कि मैं अपने नाम के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से निशाना दे।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

- 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी प्रकार से सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से निशाना दे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निशाना दे रहे हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त की बिना। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है तो हमें स्वतः सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से निशाना देना होगा। इस घोषणा से स्पष्ट होता है कि हमें स्वतः सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से निशाना देना होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता का निर्णय रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हमें स्वतः सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से निशाना देना होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये अनुमतिDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

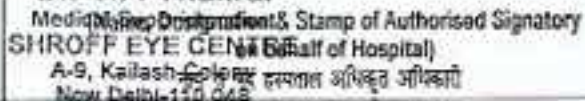
19/1/18



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

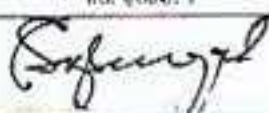
डॉक्टर का नाम व दर्ता नं. व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral


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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2
