

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 510718/167 (761/18)	APPLICATION DATE: 20/7/18
--------------------------------------	---------------------------

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु वर्ष 60	SEX लिंग F
-------------------------------------	--------------------------	---------------

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Guradar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
R2 - 5/8/24, Tugh Lake Road New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : एन० अपार्टमेंट पक्ष



OCCUPATION: <i>Housewife</i>	MARRIED (निम्नलिखित)
------------------------------	----------------------

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 90,000/- (Family Income) (Attach Proof of
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य)

PAN No. रणार्ड श्वाला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
 क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर खर्च का चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये जिनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) कृषी रोज के लेवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करे)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधक

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सादरता हेतु किसे मर्ने मिलती है उद्देश्य:

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 योशय करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कौशलता कार्यक्रम", से होने वाली है, इसका उपयोग उनी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं योशय करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का खर्च किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/सुदूर उद्देश्य से मुझे चिकित्सा/चिकित्सा के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे हस्ताक्षर के उद्देश्य से शामिल हो सके तथा; सहायता का इनकार नहीं बनाया। इस सहमति में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेंद्वय के इसाक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT HOSPITAL (84-0000 GPO WUC)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अभिप्राय, इच्छाओं की ओर से सामर्थ्य/शक्ति का "आंतरिक कावन्देशन" से विविध संभावना हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (हमसात) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta

DMC No.: 64798

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

हाकर का नाम थ इस्तामर य रीव न

Dr. V. P. Thakre:

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE on behalf of Hospital

A-9, Kailash, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपचंग रित

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रवर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सामग्री इकाई 2