

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/6718/177 (900/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 30/7/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sujit
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 25
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Subedar Yachar
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

90-C, Zamrudpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 84,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट करता संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को 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)	Subedar Yachar	55	M	Father
(2)	Ruma Devi	50	F	Mother
(3)	Pradeep	25	M	Brother

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug:- LE Aphakia
	Sol:- LE 20 IOL implantation

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताबी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरे लो या लो है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग रहा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सके और न ही भविष्य में लूँगा।

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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रत्यक्ष में धारित है, इसे "कोशिका" द्वारा नामी, छाप, प्रकाशित दूसरे उद्देश्य के लुकी विविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का निराकरण मेरे उद्देश्य के पूर्णता के बाद या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसने न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

प्रदीप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

By affixing her/his/their 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 फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी अन्य के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट आर्थिक सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रत्यक्ष में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्तीफे हस्ताक्षर ने रोगी के इलाज सुझाव और अपने को भी सभी निर्णयों की पूर्ण हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/11/18

Dr. Shubha Mehta
(Name of Doctor/Regd. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-8, Kailash Nagar
New Delhi-110 048**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur