

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation BUILDING BLOCK OF LIFE.	
APPLICATION No.:		APPLICATION DATE:			
आवेदन संख्या :		आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT:		AGE-YEARS आयु वर्ष	SEX लिंग		
आवेदक का नाम		YS	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:					
पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PARENTS' RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पते					
G-53/165, Gandhi Camp CAMP New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पति					
As Above					
OCCUPATION:				MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)	
Unemployed				UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME:				(Attach Proof of Income)	
Rs. 96,000/- (Family income)				(आव की साध्य सत्यापन)	
PAN No. क्याई खाता संख्या-					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
Yes (हां) / No (नाही)					
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 से संबंध	
01	Ram Dada	47	M	Son	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
Basis for requesting assistance					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे उपस्थिति पर (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय कार्यक्रम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उत्पादन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
साक्षात्कार हेतु निम्नलिखित कारणों का उद्देश्यः					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE Contract				
	Specimen - R.F. Phosomax				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के लिए कहीं 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 सी वहाँ प्राप्त राशि			
	AIR				

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले या रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता करा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या भविष्य में यदि, उस प्रति का ऑर्गना या सरकारी दिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यायीयों, दाता, समर्थकों द्वारा अंतर्गम्य से मुझे विविध माध्यमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण मेरे प्रत्यक्ष को पढ़ने या पढ़ने से पहले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वीकार: सहायता का उपयोग को बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Hetalal

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषित करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/समर्थक हेतु, मन्त्र नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरदा रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो वित्तीय सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय गैर-अन्य/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्तगत सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई गुणिका या किये/किये इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta

DMC No: 64798

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

डॉक्टर का नाम व प्रत्यक्ष व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Officer, Shroff Eye Clinic, Stamp of Authorised Signatory

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2