

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0818/208 (787/118) APPLICATION DATE: 17/8/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr G.N. Tiwari AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Yogendra Tiwari
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
370, Sahatpur Faridabad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
As Above



OCCUPATION: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) -

PAN No. स्थायी छह अक्षर संख्या: -
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): हाँ / 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	Rohini Devi	65	F	Wife
2	Chandra	34	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के रजिस्टर के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract + Glaucoma
	Sug:- RE Phaco + IOL + Trab

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस 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 AWAILED ली गई सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: अर्शक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न केवल सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, माच-अप या अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचार-प्रसार के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित होंगे, स्वयं सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स या न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

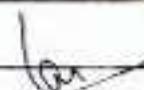
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Grouhad Naryan Tiwari

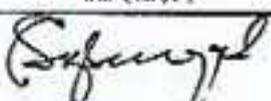
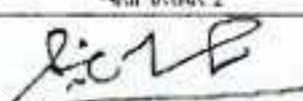
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/दोनों 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 हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामले में लगे या सं सं सं सं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता केवल उद्देश्यों हेतु किया है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की मदद/सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसृति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 17-08-18	 (Name of Doctor/Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम/रजि. नं. सह मुद्रा	 Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--