

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: S/0818/208 (787/18)		APPLICATION DATE: 17/8/18			
NAME of APPLICANT: Mr G.N. Tiwari		AGE-YEARS आयु वर्ष: 68		SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Yogendra Tiwari					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 370, Sahapur 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) (आप का साक्ष्य संलग्न) -	
PAN No. सॉफ्ट कॉपी संख्या: —					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes (हाँ) / No (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	Chandana	34	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निर्धारित आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 Card Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagn.- RE Cataract + Glaucoma				
2	Surv.- RE Phaco + IOL + Prob				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED ती गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक दूय खेपेय करः)

- 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 खेपेय करत हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से रही जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त रहा है।
- 3) मैं यहाँ परमाणु रूप से निम्न सहायता हेतु एक प्रार्थना कर रहा हूँ, कि मैं भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक दूय करत)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, प्राध्यापकों द्वारा उद्देश्य से मुझे सहायता हेतु और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण भविष्य में हस्तगत हो जाने का मतलब है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं उनसे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर और प्राध्यापकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Gourav Nayan Tiwari

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दूय करत)

- 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 अधिकाधिक, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता 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/होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिना हमारे सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति पर स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की सहायता के लिये या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे अस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17-08-18

Dr. S. M.

(Signature)
(Name of Doctor/Regd. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम/रजिस्ट्रेशन नंबर

(Signature)
Dr. V. P. Thakral
Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
(Name & Designation of Hospital)
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110058

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शेक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1*(Signature)*SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2*(Signature)*