

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 510918/225 (1224/18) APPLICATION DATE: 1/9/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rakesh Kumar AGE-YEARS: 57 SEX: M
आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME: Rakha Devi
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

D-3, Jaitpur Badarpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Auto Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खास संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का 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	Rakha Devi	55	F	Wife
2	Rakesh	28	M	Son
3	Aarti	25	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नॉन 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
	Diag:- RE Catarrh
	Sus:- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED तो गई सहायता राशि
	NIL	

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन आसन्न पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिये हैं और न ही लिये हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

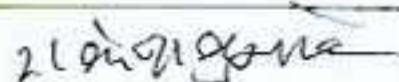
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी छवि, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषणा करे, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नामों, पता, फोटो/छवि आदि के माध्यम से जमा करने के लिए प्रचारित किया जा सके, जिससे कि मेरी छवि, पता, फोटो और अन्य विवरण मेरी जानकारी के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व नामों अधिभूत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उनसे सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त विवरणों का प्रसारण और प्रकाशन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकृति 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 वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप पर लपेट कर दिया जाता है कि हमारा निर्णय अन्य स्रोतों से सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या किसे भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इन्होंने हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख


Dr. Kanjan Datta
DMC No. 1010
Shree Eye Hospital

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V. P. Thakral

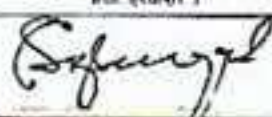
(Name of Designated Signatory of Authorised Signatory
SHREE EYE HOSPITAL
A-3, Kirti Nagar, New Delhi-110028
सह-प्रमुख अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

