

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 5/1218/326 (1583/18) APPLICATION DATE: 17/12/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Dalip Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष 68 SEX लिंग M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Kailash Singh
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: R-2-197, R-15 Tughlakabad New Delhi
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 50,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट छात्र 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 / 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	Keena Devi	62	F	Wife

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Diagn- LE Cataract
	Sub:- LG 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 सो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला घोषणा करता है:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दिये गये हों तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में भी मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त करने के लिए नहीं जाऊँगा और न ही किसी में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का सहमत)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में प्रकाशित कर सकते हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी फैलाने के लिए किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित शामिल है। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रदान किया गया है। मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रदान किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का सहमत)

- 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 हमारे अंगूठे की छाप को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त किया जा रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त किया जा रहा है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त किया जा रहा है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के हस्ताक्षर और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी को हस्ताक्षर की ओर से "कोशिका" को कोई भी सुनिश्चित या जिम्मेदार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/18	Dr. Shubha Mohita DMO No. 64798 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर व छाप	Dr. V.P. Thakral Medical Director & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-2, Kailash Nagar, New Delhi अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2
	