

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 building block of life

APPLICATION No.: 5/12/18/327 (148/18)

APPLICATION DATE: 17/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs Kuljeet Kaur

AGE-YEARS आयु-वर्ष

44

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

Ajit Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1508-A, G.L. No 19, Convent Road, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 75,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वतंत्र खात संख्या—

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes/No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Ajit Singh	50	M	Husband
02	Manjeet Singh	50	M	Son
03	Manmeet Kaur	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Dep:- RE Cataract
	Sur:- 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 ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदाता 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकें जिससे मैं या मेरी पत्नी/पुत्री/पुत्र के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदाता द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की छाप लगाकर, मैं (अर्शदाता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरचित्रोद्धार, दूरदर्शन से बनी वीडियो/फोटो और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी प्रार्थना के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतंत्र सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदाता के हस्ताक्षर या बायाँ की छाप

K. V. Thakral

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 समर्थन/सहमति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लक्ष्य के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश करने के लक्ष्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट नहीं जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा या नहीं लेगा।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। हस्पताल के बीच के निर्णय सुरक्षित और अन्य करने को सारे निर्णयों को ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी निर्णय या निर्णयों इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	14/12/18	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kirti Nagar, New Delhi-110015 अधिकृत दस्तावेज
------------------------------------	----------	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>