

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/12/18/329 (1924/18)

APPLICATION DATE: 18/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Suresh Prasad Sharma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 58
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Shital Prasad Sharma
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

C-113, Ganesh Nagar, Sector 14, Gurgaon, Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

As Above



OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 96,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट खाली रखना

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
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	Suresh Sharma	58	M	Self
2	Shital Sharma	34	M	Wife
3	Shital Sharma	21	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे 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 Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Cataract
	Surg- LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 बयान एवं गलत जानकारी प्रदाय जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, तबका उपयोग उसके उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु का आर्थिक बोझ नहीं है, उस राशि का आर्थिक या वित्तीय विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, कर्म, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट सहायता का हक्क नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Surish Prasad Sharma

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 conditionally 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा यहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से ली जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माग किया जा रहा है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग किया जा रहा है, तो हमें सहायता के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट प्रदान जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भुगतान या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निम्नलिखित उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को प्रदान किया जायेगा और उसे लाने का कोई भी दबाव नहीं होगा और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/12/18	Dr. Shubha Mehta DMO (Medical DO & Regn. No. with Stamp) Shroff Eye Hospital हृष्ट आँखों के अस्पताल, दिल्ली	Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent or SHROFF EYE CENTRE हृष्ट आँखों के अस्पताल, दिल्ली)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक के लिए 048

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--