

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 51/218/331 (1886/18) APPLICATION DATE: 21/12/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Sugrue Gaur AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 38 M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Shiv Raj
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BE-B, Zamindapur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

As Above



OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 65,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	Seema Devi	35	F	Wife
2	Sikandar	19	M	Son
3	Satender	12	M	Son

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

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	Diagn. RE Retinal Detachment + Cataract
	Surgi. RE Vitrectomy + Lensectomy + LID

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 निरास एवं गलत जानकारी दया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या लाभ की मांग नहीं करूँगा, जो अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो मिले है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 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 (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉय, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक द्वारा उद्देश्यों से पूर्ण प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर विवरण मेरी प्रारूप को भरने या भरने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का स्वरूप नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉय न्यायियों का निर्णय अंतिम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हस्ताक्षर की जाएगी और जो हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, हमारे द्वारा (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवार/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश द्वारा जो सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंतर्गत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद अन्य सहायता हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या निर्णय को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को दोष का निवारण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने चारे को सही दिशेदर्शी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/12/18	Dr. J. S. Thakral (Stamp) Dr. J. S. Thakral Shroff Eye Centre FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	Dr. V. P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kirti Nagar New Delhi-110048
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>