

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 5/1218/338 (1275/18)

APPLICATION DATE: 24/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Het Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Kamhaya Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

T-40, Gali No-14, Sangam Lohar N. Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 15,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 निशान लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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 से संबंध
01	Shanti Devi	45	F	Wife
02	Gaurav	20	M	Son
03	Garvi	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्धार आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EVIS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिक्षित सूची संलग्न
	Diagn- L.E. Cataract
	Sur- L.E. 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, कि मैं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही इस सहायता के लिये प्रार्थना करूँ।

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/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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करने, मेरी "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, सम्बन्धित चित्रों, उद्देश्य से मुझे प्रदान की गई जानकारी और उपलब्धियों को विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे अंगूठे के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित नहीं किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहायता में "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए मेरी सहमति आवश्यक है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: H N R...

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.
- इसके अधिकांश, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी अवस्था/स्थिति में प्रदान नहीं की जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये सहायता से मांगेंगे।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा के निर्णय को प्रभावित नहीं करेगा। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर और अपने अपने को सही दिखाने के लिये हम हस्ताक्षर की ओर से "कोशिका" की ओर से सहायता या वित्तीय सहायता प्रदान करने में कोई भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 Shroff Eye Center Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTER A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 माननीय ट्रस्टी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 माननीय ट्रस्टी 2
<i>Handwritten signature of Trustee 1</i>	<i>Handwritten signature of Trustee 2</i>