

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: S/1218/341 (1867/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mr. Sarvesh Kumar

AGE-YEARS आयु-वर्ष 28
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/हस्ता का नाम Suresh Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B-2, Zorawarpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Dutt Nagar, U.P.



OCCUPATION: Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 100,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सॉफ्ट खाल 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	Asha	26	F	Sister

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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: आवेदन करने वाले का:

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन सत्य पाया जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने कभी भी या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मेरे लिए आवेदन की गई राशि के लिए कोई भी भुगतान नहीं किया है और न ही भविष्य में किया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put up/produce 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. This 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 अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताये गये हैं, जो "उद्देश्य" के लिये हैं, जिसके लिये मैंने सहायता माँगी है। मैंने सहमति दी है कि "कोशिका फाउन्डेशन" मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करके दानों को एकत्रित करने के लिये या मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी फैलाने के लिये किसी भी माध्यम से उपयोग कर सकता है। इस उपयोग का उपयोग मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों द्वारा किया जायेगा, जो मेरी सहायता माँगने के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का उपयोग मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निम्न

सर्वेश्वर शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)

- 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 अतिथि, रोगी की ओर से आवेदन करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने वाले हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगने के लिये सिफारिश करने वाले हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमारे अतिथि को वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हमें अपने अतिथि को वित्तीय सहायता माँगने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हमारे अतिथि को वित्तीय सहायता माँगने के लिये हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे अतिथि और रोगी के बीच की व्यवस्था के अनुसार होता है। इस व्यवस्था में रोगी के हितों को ध्यान में रखा जाता है और रोगी के लिये सही उपचार को सुनिश्चित करने के लिये हमें सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>S. V. Mehta</i> Dr. Varshini Shanker DMC No. 437, 3 Regn. No. with Stamp Dr. V. Shroff	<i>Dr. V.P. Thakral</i> Signature, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE (Authorised Signatory of Hospital) A-9, Kailash Park, New Delhi-110048 अधिकृत हस्ताक्षर
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहले हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरे हस्ताक्षर
<i>S. V. Mehta</i>	<i>Dr. V.P. Thakral</i>