

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/1218/342 (1004/18)
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम Mrs Phoolwati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम Late Ganga Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

573, Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income) —

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या -

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

Yes (Yes)

क्या आप आय कर छात्र हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

No (No)

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	Pinkaj	20	M	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड को पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिशेषत सुची संलग्न
	Diagn:- LE Cataract
	Surg:- LE ECCE + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

NIL

DECLARATION by APPLICANT

अवेदनक द्वारा घोषणा करतः

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने या सत्य नहीं पता है तो मेरी सहायता मिलाने की या अनुरोध है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह अनुरोध नहीं किया है, इस मदद का अधिकार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करतः)

- 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक या अन्य स्रोतों से मुझे वित्तिय मदद और उपकरणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से उपलब्ध करने के लिए उपयोग करें। मेरी प्रत्येक का निर्णय मेरी सहायता के प्रकार या मात्रा से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" का अधिकार है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Phoolwati Devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करतः)

- 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 स्वीकार/लेने की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी मरीज/रोगी या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पाने में हमें या तो कोई भी मदद है, न ही हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के बिना हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा/आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बात पता है कि सहायता वित्तिय मात्र उठा लेने/पाने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/पाने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी भी सहायता/सिफारिश का प्रमुख स्रोत नहीं होगा। हमें या हस्पताल को बीमा या निधि है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में सेवकों के प्रत्येक कृत्य और करने करने की सभी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को कोई भी "कोशिका" की कोई भी मदद या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुतिDate of Surgery
ऑपरेशन का तिथि

29/12/18

Dr. V.P. Thakral
DMC No. 64798
Signature of Authorised Signatory
(हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप)

Dr. V.P. Thakral
M.D. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SHROFF EYE (Designation of Hospital)
A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110 048
अधिकृतक द्वारा हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम और हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम और हस्ताक्षर 2