

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 5/1218/346 (1872/18)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 3/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम Mr Mohan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Veerbal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

202, Katta Maharajpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Uttarakhand



OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट यात्रा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का निशान 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 से संबंध
1	Karnal	58	F	Wife
2	Devi	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय 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 निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagn. RE Cataract
2	Rx. RE Phacolytic

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 इस उद्देश्य के हेतु

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का रसीद या लान्डर विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशन/बीमा-कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print up/republish 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 प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एल्बम, पत्रिका, पत्र, वीडियो, ऑडियो, क्लिप, वेबसाइट, प्रेस, रेडियो, टीवी, इंटरनेट, मोबाइल फोन, ईमेल, सोशल मीडिया, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों के माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित करें। मेरी सहायता का उद्देश्य मेरे इलाज के चर्चे या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिनियम है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उत्तरदायी से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्बम, पत्रिका, पत्र, वीडियो, ऑडियो, क्लिप, वेबसाइट, प्रेस, रेडियो, टीवी, इंटरनेट, मोबाइल फोन, ईमेल, सोशल मीडिया, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों के माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित करें। मेरी सहायता का उद्देश्य मेरे इलाज के चर्चे या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिनियम है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

मोहन सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 करने वाले और से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले को (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करने के लिए:
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में किसी और सहायता हेतु सिफारिश करने वाले को (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करने के लिए:
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी पूर्ण हस्ताक्षर के साथ का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश करने वाले को (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करने के लिए:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	31-12-18	Dr. Shubha Mehta DMC (M.O. of O & Regn. No. with Stamp) Dr. Shubha Mehta, DMC (M.O. of O & Regn. No. with Stamp)	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110048
------------------------------------	----------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक हस्ताक्षर 2
	