

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/019/348 (1874/18) APPLICATION DATE: 01/01/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 65 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jagan Lal
पिता/कटुन्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
J-A1, Gurgaon, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता
As Above

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.20 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income) —
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वामी खाता संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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	Jagan Lal	67	M	Husband
②	Pooja Lal	34	F	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Srx:- RE Phaco + 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 की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं झूठ का दावा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा मेरी सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में करा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा जा रहा है, इस राशि का वापस या पूरक किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, मुद्रित, प्रकाशचित्र, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह माध्यमों से सज्जित करने के लिये उपयोग किया जा सके। इस प्रपत्र पर दिये गये विवरण को सज्जित करने के लिये उपयोग किया जा सके।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से सज्जित करने के लिये उपयोग किया जा सके। इस प्रपत्र पर दिये गये विवरण को सज्जित करने के लिये उपयोग किया जा सके।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



(Sargjo)

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 की ओर से सहायता/उपचार को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सन्दर्भ में किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/उपचार नहीं मिलता है, तो हस्पताल को सहायता/उपचार के लिये अन्य स्रोत से उठा लेने का अधिकार होगा। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सिफारिश की गई सहायता/उपचार के लिये अन्य स्रोत से उठा लेने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार की गई सहायता या विधि को हस्पताल/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज/उपचार की गति को सही दिशा देने के लिये हस्पताल को सही और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery/
ऑपरेशन की तारीख

11/11/19

Dr. Shubha Mehta

DMC No. 64795

Signature of Dr. & Regd. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम/हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम/हस्ताक्षर 2