

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.: S/0119/349 (18/6/18)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/01/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

SAROT GOYAL (DEVI)

66

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Suresh Chandra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

S-3, Srivastava Puri, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रणनीति 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 (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Rakhi	40	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किसे नये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
	Diagn: RE Cataract
	Sus: 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 है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत पाया जाये तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता पत्र "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पत्र दान है।
- 3) मैं पुनः कदापि न कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना भी नहीं है, बल्कि यदि कोई अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो किया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, दान, वाचस्पत्य वगैरह के माध्यम से किसी भी माध्यम के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रसारित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" समूह अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

सरिता गौतम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलम)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this out-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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किने हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के तहत सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरास की जाती है, तो हमें स्वतः सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हेतु की गई सहायता के बिना हमें स्वतः सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
- 3) "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हेतु की गई सहायता के बिना हमें स्वतः सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/19	Dr. Shubha Mehta DMC No. 12345 Shroff Eye Centre Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp हस्ताक्षर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony हस्ताक्षर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 [Signature]
---	---