

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 51019/378- (26/19) APPLICATION DATE: 25/1/19

NAME of APPLICANT: Bhupenda AGE-YEARS मायु-वर्ष 65y SEX लिंग Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jai Mahain Pathade

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TH 104, Tacka Camp Srinivasapur M.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above

OCCUPATION: Security Guard

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 80,000/-

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

PAN No. सफाई करता संलग्न

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

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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Aruna	62	F	Wife
(2)	Dinesh	33	M	Son
(3)	Pitampara	31	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Surgi- 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 की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठ साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", को यदि या नहीं है, इसका उपयोग उम्मीद के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं या मेरा परिवार अब या भविष्य में कोई भी, इस रकम को भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा सहमति)

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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जैसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, स्वचालित दूरदर्शन से जुड़ी पहचानिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा इस विवरण में इसका उपयोग करने का मतलब है कि "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल होकर मैं "कोशिका" एम्बुलेंस के त्रुस्टी और अधिकृत हूँगा।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्जन के प्रक्रिया में प्रसारित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस के त्रुस्टी और अधिकृत हूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

B. Bhatnagar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 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, हमारा यहाँ की ओर से मान्यता/सहमति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में किसी भी वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या तो रहे है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा कौनो अन्य और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय तरह उदाहरण के लिए किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। हमारे या हमारा द्वारा की गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव हमारे एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहायता में हमारे के द्वारा सुरक्षा और हमारे करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदार या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

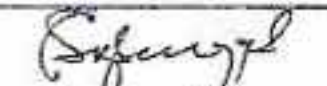
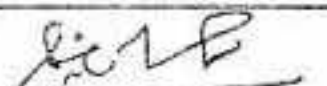
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 25/1/19	 Dr. Sunaina Arora OMC No. 12700 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE A-9, Kalkaji, New Delhi-110019 (Name of Hospital) आंखों के रोगों के विशेषज्ञ अस्पताल
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---