

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0519/068 (575/19) APPLICATION DATE: 11/5/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Ram Karan AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shanker Das
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कॉलन आवासीय पता
C-163, Ram Prastha Colony Gurgaon

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above



OCCUPATION: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 65000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. साईं छत्ता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे ठीक पर सही का निशान 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 संबंध
①	Sudhir	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलि 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 विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: RE Cataract
	Surg: RE Phaco-tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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 यथार्थता बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन ग्राह्यता प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यथार्थता बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओपन को छाप लगाकर, मैं (अर्चक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और डाटा को न्यायो" को अधिभूत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धरेल है, उसे "कोशिका" राज्य न्यायो, राज, साधारण मुक्त उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कितने भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इलाज के चाले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायो अधिभूत है।

2) मैं (अर्चक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" राज्य उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

અલ્પેશ્વર્ય ને રમણાશ્રમ માં ગંગોત્રી માં નિરાશ

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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.

1) यह कि न तो संविधान और न ही कानून में विहित सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उच्च स्तर/गणने में लेने या ले रहे है, जैसे कि इनमे "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरान/विनिर्ता उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्ता आर्थिक/कलक हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामत द्वितीय मर उभत स्तर/गणने हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।

2. "बोशिका फायन्डेशन" से तो गई सहायता केवल मिलान प्रकृत की है। रोगी का इन्सुलिन द्रव से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्मतल से बीच का विषय है और "बोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्मतल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं इम्मतल की होंगी और "बोशिका" को कोई रूचिका या बिम्बेदारो इस मामले में नहीं होगी।

स्वोक्तों के लिए संज्ञाति

11-5-19

Medicine, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTER (on behalf of Hospital)

A-9, Kailash नमि बुं बुं हल्यतास अरिक्त अपिकमी

भानुश्रीक टास्मिंग बेट

न्यासी हस्तधर ।

व्यासो हस्ताक्षर ?