

URN-C-20-09-1019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0220/1195 APPLICATION DATE: 17.09.20

NAME of APPLICANT: Shardha AGE-YEARS: 74 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Badalshah



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Phase-3

Plot No. N-77/A-496, Sawan Park Ext, Anok Vihar, Phase-3

Anok Vihar, Anok Vihar, Distt - North West Delhi, Delhi, 110052

Breac Post of (1195) Shardha

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as Above

OCCUPATION: None Maker MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 24000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. व्यक्तिगत संख्या

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 आश्रितक के साथ सम्बन्ध
1.	<u>Veer Shah</u>	<u>late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Hrishika</u>	<u>42</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
3.	<u>Meenu</u>	<u>39</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4.	<u>Basanti</u>	<u>17</u>	<u>F</u>	<u>Grand Daughter</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

***PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से किये गये गैर प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>IE - IMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) SICKLE CELL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य जगह से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED है गैर सहायता राशि
1.	<u>SCBA</u>	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक इरा घोषणा कर)

1. I hereby declare 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 to me.
3. I hereby declare that, in the past & in the future, I will not seek reimbursement, in part or in full, from any other source (employee insurance company or the amount received from this assistance) as requested.
4. मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
5. मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से किया किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
6. मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, जो कि कि या अधिक या कम से किया किसे अन्य स्रोतों/सहायता/सहायता/सहायता से न हो गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक इरा कर)

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & details for 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 is final and acceptable to me.
3. इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायकार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायकार्यों, धर्म, सहायता हेतु उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और प्रचार-प्रसार के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में सच एवं सही होने का ज्ञान है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
4. मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना इस प्रपत्र में "कोशिका" एवम् उसके न्यायकार्यों का अधिकृत अधिकार और उत्तरदायित्व होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इरा कर)

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this cooperation 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/disease, 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The mode 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 को नीचे से करनेवाली को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को मंजूर है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसे और सहायता से प्राप्त या किसे अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में होने या हो सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के प्रपत्र में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता न मिले/अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो सहायता किसे अन्य स्रोतों/सहायता/सहायता/सहायता से सहायता हेतु का अधिकृत अधिकृत रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट नहीं बताया है कि सहायता सिफारिश प्रपत्र अन्य स्रोतों/सहायता हेतु किसे और सहायता सहायता या किसे अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई प्रस्ताव या किसे अन्य सहायता/प्रचार का हस्ताक्षर नहीं बनना इस प्रपत्र में "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना इस प्रपत्र में "कोशिका" एवम् उसके न्यायकार्यों का अधिकृत अधिकार और उत्तरदायित्व होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No - 58417

Priya

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

19-02-20

Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का तिथि न.



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
सहोदर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सहोदर 2

Safarpur

[Signature]