DEL-C-24-06-4816

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थय देखपाल)



	ता हतू आवर्ग प्रारून		Contract Con-	(5WC)	foundation	
APPLICATION No. 10/624	APPLICATION DATE : आयेदन तिथी 21-6-24-		9	Building block of life.		
NAME of APPLICANT :	0035		AGE-YEARS अपू - वर्ग			
Senderic INT MID.	KUMOT		63	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:	KUMU					
पिता/कटुम्भ का नाम – SU	ondra					
	PRESENT RESIDENCE ADD	DRESS বৰ্ণ	मान आवासीय पता			
	(N610 -	Geor	era Gine	U		
	7					
	PERMANENT RESIDENCE ADI	DRESS: स्य	ाइ आवासाय पता		PRE POST	
					1001	
OCCUPATION: (NOTO) Grada Grhat			19	MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME:				Attach Proof of In	(come)	
कुल वार्षिक आय — 10/1/				(आय का साध्य सं	लान)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSE	ESSEE (Tick whichever is applicable	ð:	Yes / No	=		
क्या आप आय कर दाता है (जो मान	न्य हो उस पर सही का निशान लगाये।		हां/ महीं			
		7. 5. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7.	DETAILS परिवार विव		Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	1	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	USUS SELECTION OF SELECTION					
		_				
		10				
	BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	NG ASSISTA	NCE (Tick whichever	is applicable)		
PD1 0 11					20.00	
BPL Card (Attach Card Copy)	(Attach Certificate C	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Card Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		पत्र उपमी		। कार्ड गाँउ संस्थान को।	अन्य कोई साक्य	
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया		लान करा	रन करे। (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न क			
	"PURPOS	E" for REQ	UESTING ASSISTANC	E:		
	सहायत		गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
क्रम संख्या	अस्पताल/डाक्टर स जात का गर्न आवयन सूचा सरान					
0 1	10000000000000000000000000000000000000	1.6	- 04	WILL	- Carana	
	7//					
		h-	Dot	710001	(11) + C	
		KE	- PSE	JUOPE	HKO)	
(6)	S. L.	1+			-1 1 1 d	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी	
0	DBK5	200/	
A-1			

INDN by APPLICANT: आगेरक द्वारा पांचणा पत्र:

- Pereby 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 are 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
- 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
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पामा जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता गृशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग इसी इंटेश्च को पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है। 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हितु यह प्रार्थना की यह है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उत्तवेदक द्वारा करार)

- 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"
- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" ध्रमम् न्यामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवरण मेरे इलाब के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकं न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अरवेदक के हस्ताक्षर या अंगृठे का निराह

AGREEMENT by HOSPITAL (बस्थाल क्राउ करर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- 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 freatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जातों है, जिसे हम (हस्पतास) निम्न प्रकार से माना व स्थीकार करते हैं। 1) यह कि न तो कांमान और न ही भविष्य में विशिय सहायशा किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मार्ग उका ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हरुपताल द्वारा दी गई सलाह चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाथ रोगी एवं हरुपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरमताल कों होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामलें में नडी होगी।

	RECOMMENDED FOR	ACCEPTENCE संस्तुति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-6-24	Dr. Julie Pegu Consultant Glaucoma Regd. No. 31318. (Namedro) & Real Browth Stamp Part of The Germ & Jacob 2 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	INDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2
1-04-2024		