

E-24-11-2789



PASTE PHOTO HERE

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                         |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : D/1124/0216                                                                                                         |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 14-11-24                                                                           |                |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Rundan Singh                                                                                                        |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>65                                                                                            | SEX लिंग<br>M  |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्भ का नाम Sh. Subrat                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>E-16/B-501 HUDA No.6 Sudampur Naraina<br>East Delhi - 110053                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Labour                                                                                                                          |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय - 70000/-                                                                                                       |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                  |                |                                                                                           |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No<br>हां / नहीं |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                            |
| ①                                                                                                                                                       | Rafik                                                                                        | 35                                                                                                                  | M              | San                                                                                       |
| ②                                                                                                                                                       | Sayid                                                                                        | 30                                                                                                                  | M              | San                                                                                       |
| ③                                                                                                                                                       | Yashin                                                                                       | 32                                                                                                                  | M              | San                                                                                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                             |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| ①                                                                                                                                                       | Diagnosis LE- SENILE Cataract<br>RE- SENILE - Cataract                                       |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| ②                                                                                                                                                       | Surgery LE- Phaco + PCOL 2hA                                                                 |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?                   |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                             |                |                                                                                           |
| ①                                                                                                                                                       | DACS                                                                                         | 20000/-                                                                                                             |                |                                                                                           |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:  
 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. Information furnished from Keshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

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 for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैंें द्वारा जो सहायता राशि "कोरिमा काउन्टेरा" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक न होना चाहिए।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक 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" 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेकंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाठशाला और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, ...

1.) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका सौजन्य" और "उत्पत्ति सौजन्य" पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार नाप्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व "न्यासी" अधिभूत है।

2) मैं (अव्यय) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांसिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के इस्तफा के अपने का मिशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराए)

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:

By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for recommending treatment, we, the 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. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is purely financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is purely financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is purely financial in nature. Hence, the Hospital will

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से सामले/लोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो धार्मिक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से ठकल रोगी/रामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्ति ठकल के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आशिक/सकल हेतु मगद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मगद ठकल रोगी/रामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष्ट प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने के सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

14-11-24

Dr. Neha Kapur  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व इस्तेमाल योग्य स्टैम्प

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

2022