

DEI-C-24-07-1932

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/0921/0224

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17-09-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

USHA DEVI

AGE-YEARS आयु वर्ष

32

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SURENDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N. 108/1 SUNDAL MOHALLA JATWARA

WARD No-1 SONIPAT HAR-YANA-131001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

No

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NO

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes No
हां 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनियमित गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached हस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (Rx) Semite cataract (Lx) semite cataract
(2)	surgery (Rx) S.I.B.S. 7102

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE लौ गई सहायता राशि
(1)	DBES	2000



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 Kashiya 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में विवेक क्यों खोयी विचारण मेरी जनजाती के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचारण एवं कथन असत्य था। जहाँ है तो गरी सहापाह निजल को क सकता है।
- 2) ये द्वारा जो सहापाह एति "कोलिका फाउन्डेशन", से लो आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश को पूर्ण के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में था गय है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहापाह हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एति या अतिरिक्त या सकल हिसाब किसी अन्य क्षेत्र/निर्गोस्वक/बीजक कम्पनी से न ले लिया है और न दो अधिक्य में लीगा।

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 का अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अन्वेषक) अपनी सम्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रामाणिक है, उसे "कोरिका" एफएम, वन, वास्तव्य दूरी से उद्देश्य से तुम्ही प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार वास्तव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण को हलचल को धूलों या नष्ट से करने के लिए "कोरिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोरिका" एफएम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आनेदक के हलाधर आ आंगुठे का निशान

आधा रेखा

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 its 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.

हमारे अध्यक्ष, हमेशा की ओर से मामलों/योगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वागत करते हैं।

- 1) वह कि न तो घातमान और न ही स्थिति में विविध सहायक किसी नैर सत्त्वकी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त संगीयमान से संगी या से जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाट-टोडन" से सिफ-निराधिनिगत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाट-टोडन" द्वारा मरन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाट-टोडन" द्वारा सहायक विविध आशिक/सफल हेतु मरुत की चिन्त जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य नैर सत्त्वकी संस्थान या किसी अन्य सत्त्वयन में सहायता लेने का अधिकतम सुविधा रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय पदर उक्त लेख/मन्त्रों हेतु किसी नैर सत्त्वकी संस्थान या किसी अन्य सत्त्वयन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॅवेंडिश फायब्रेशन" से ली गई साधारण कॅवेंडिश प्रकृति की है। सेमी पर हल्कात ड्राय की गई मलह य किसे एवं उपचारप्रक्रिया का सुवच ऐसी एवं हल्कात के बीच का विषय है और "कॅवेंडिश फायब्रेशन" ड्राय किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिमे इत्यागत में सेमी के हलाय सुरक्षा और जाने जाने को सही गिन्नेदारी सेमी एवं हल्कात को होगी और "कॅवेंडिश" की कोई प्रविष्टि या विस्फेरी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

18-09-21

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डा. अरुण क. ताम्हास, हस्तोष्ठर, चर्चि, न. य. हॉस्पिटल

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

नमः न पद लसत्तु अमिह्य अमिह्य

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ब्यान्डरिफ टुपयोग हेतु

Exempel

1228