

DEL-C-21-09-4273

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/091/246

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22-09-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

USHA DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

LAMBU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-72, BG BLOCK, EAST SHALIMAR

BAH NORTH-WEST DELHI-110080

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

84,000 (Family)

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्वयं जारी 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 लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	LAMBU	55	M	HUSBAND
2	KAPILA	25	F	DOUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रकम 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (RD) Senile cataract (2D) Total cataract
(2)	Surgery (LD) Phacoemulsification (ACRYFold)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	DBLS	2000



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः:

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा है:
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई बिकरान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी माग्यता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे काशीया फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने नहीं किया और भविष्य में भी नहीं करूंगा, अपने या किसी अन्य व्यक्ति को अपनी मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से नुकसान भरपाई के लिए पैसे लेना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदक हात कएल)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पॉलिश है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यूज़ी, दार, पाश्चात्य दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे स्वतंत्र को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सापेक्ष के इस्तेमाल या संगठन पर निम्न

R.T.E

USHA DEBI

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से समस्त लोगों को "फोटोका फाइनलेशन" से विगत सहायक हेतु सिताराज की जगह है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विगत प्रकार से मान्य न करके कर रहे हैं।

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मलेन/सम्मेलन "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिग सहपात्र हेतु सम्मेलन का बोझ है, किंतु हम (हस्ताक्षर) अपने प्रयत्नों में सफल होना चाहते हैं।
- 1) यह कि न तो कार्यवाही और न ही अधिकार में विधिग सहपात्र किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से रखत होगी/पावते में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सम्मेलन/विधिग उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिग अधिकार/कमल हेतु सहाय की किया जाह है तो सम्मेलन किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखत है। इस मूर्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन द्वितीय परद उक्त संगठन/पावते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेली।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विधिग प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा हान ही कई सहाय या किसे सहे उपचार/प्रक्रिया का पुनर्य रोग एवं सम्मेलन के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए हमारा हान में रोगी के इलाज सुखा और जाने जाने की सारे जिम्मेवारी रोगी एवं सम्मेलन की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका य जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेटिंग की गरीब

24-9-2021

Dr. ASHISH SAKSEN
(Senior Consultant)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
502 रुग्णों के आगमन हेतु हस्तक्षेप करतों।

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

नाम व पद तत्समकाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE MIKOSHIMA FOUNDATION

अन्त्यदि उपपत्ति सं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

આમી કલ્પાણ ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायों इत्यादि।