

DEL-C-21-09-4857-

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

D.O/0921/0260

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24-09-21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAJ SHREE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

RADHA KISHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No- 35/5, STREET No-1, NEAR Govt. Bldg, Sec. 8.

School Vange Shahai Colony, Mandoli, North-East Delhi-

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

110092

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

120,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखई जाया संकेत-

No

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1	RADHA KISHAN	52	M	HUSBAND
2	AKASH	23	M	SON
3	KANISHA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (Rx) senile cataract (Rx) senile cataract
(2)	Surgery (Rx) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: जण्डेक हाता पोलास पर:

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातव्य है कि यहाँ पर:

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) The information furnished by me in this Form, if approved by the Government of India, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is being sought.

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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

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

2) नीचे दिए गए साक्ष्य पत्र "कोशिका फायनेंसिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भी है।
3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि बिना साक्ष्य पत्र यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकारात्मक हिस्सा किसी अन्य प्रतिनिधित्वकर्ता/व्यक्ति/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

१) इस प्रश्न पर अपने उत्तराक्षेप या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं आप, पाठ, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भोक्तृ है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, दान, प्राप्ताया वृत्ति व अन्य के ज़रूरी खर्चों और उपलब्धियों के तिले किसी भी प्रकार प्राप्ता या अन्य के लिये किसी भी प्रकार का विवरण और प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2) मैं (आयेंद्रक) इस बात से सहमत हूँ कि गण चम, गज, फोटो और विवरण जो कि सहायक को उद्देश्य से प्रार्थित है गुप्त स्थित; सहायक का हकदार नहीं बनना। इस संबंध में "क्रोमिक" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

2. $\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} \frac{d}{dt} \right)$

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्तव्य)

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 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 treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकतर इलाशी की जोर से यथार्थ-रेखी को "कॉशिका फायनलेशन" से विपिन सहायक हेतु सिफ़ाईत की काय है, जिसे हम (इसकात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो मॉरगन और न ही ब्रिचिंग में चित्तिप सहायक बिन्ती गैर सरकारी संस्थापन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रांगो/पथमें में तैयारी या हो छड़े है, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मण्डल हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायक बिन्ती आशिक/पथमें हेतु मण्डल नहीं विनियमन है तो आशिक बिन्ती अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट करा गया है कि अन्वयगत द्वितीय चरण उक्त रांगो/पथमें हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका मृत-दहन" से ली गई सहायक कंकाल बिलियन प्रकृति को है। ऐसी पर इस्तेमाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हाथपात को बंध का विषय है और "कोशिका मृत-दहन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में ऐसी के इस्तेमाल मुख्य और अन्य जने की खरी बिम्बेदनी योगी एवं इस्तेमाल की ऐसी और "कोशिका" की कोई भूमिका या बिम्बेदनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मन्त्रीकृतो ऋणे लिख्य संस्तुति

NCE
SHANTANU DAS GUPTA
GM-Marketing & Projects
Dr. Shroff's Chhatrapati

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

नमः यः पदं हस्तगतं अधिकृतं अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30-09-21

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
DMC No. 67288
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
502, New Kirti Nagar, New Delhi - 110015
Dr. Ashish Saksena, Senior Consultant Ophthalmologist, DMC No. 67288, New Kirti Nagar, New Delhi - 110015

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यसो दत्ताभा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ત્યારમાં હસ્યાહસ ૨

John F. Kennedy