

0BL-C-21-09-3501

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवापाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	D/1021/0273	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10-09-21	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	LAL PROHAN SINGH	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	MUNNI LAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 785, 13/3 SUBHASH NAGAR, NEAR ASHOKA MINI 35, SHAI KHANAJA AMAR NAGAR FARIDABAD HARYANA			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: 12 NO. 3 Same as above			
OCCUPATION: बलवानी:	Pensioner	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	24,000		
PAN No. रजिस्टरेशन नंबर:	NO	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय केर दरक्त हैं (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वास लगायें): Yes / No हाँ / 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			
BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विविध आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेल्ह के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उम्प आप वां उम्पां पत्र (प्रमाण पत्र की जगह इसी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जगह प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गांव विनामी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डायग्नोस्टिक दस्तावेज़ या रिकार्ड		
(1) Diagnosis <i>(1) डायग्नोस्टिस</i>	(RE) Senile Cataract <i>(RE) सेनिल कटार</i> (2) Surgery <i>(2) सर्जरी</i>		
(RE) Phacoemulsification Case <i>(RE) फैकोएमुल्सिफिकेशन केस</i>			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इन उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से हिता गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम:	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED टी गई सहायता गरीबी	
(1) DBCS		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा प्रव:

- 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 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण ऐसी जनकारी के अनुसार मात्र एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असाधारण लगता है तो मेरी सहायता विलम्ब के बास्तवी है।
- 2) मेरे हाथ से महाराष्ट्र राज "कोशिका फाउंडेशन", से लोट जाती है, वर्तमान अपार्टमेंट उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में भाग लिया गया रहता है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवरण महाराष्ट्र राज अधिकारी ने अपार्टमेंट की खपत में न हो दिया है और न ही भविष्य में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रति पर आवेदक द्वारा याचिकारा की जगह लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी झटकी की युक्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, फोटो और वे विवरण इस प्रति में योग्यिता है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, याचिकारा, याचिकारा द्वारा उद्देश्य से लूढ़ी गयायीयों और उपलब्धियों के लिए विलम्ब की प्रशंसा प्राप्त हो सकती है। ऐसे प्रति का विवरण मेरे इच्छा के लिए उद्देश्य के गहराई या व्यापक विवरण के लिए लागू करने के लिए योग्यिता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से गहराया हूं कि मेरे नाम, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ा है युक्ति लेवर: महाराष्ट्र का हकदार नहीं बाबाडा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अधिकारी नहीं लम्बाकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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, हस्ताक्षर की ओर से गहराये होने के "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महाराष्ट्र द्वारा विद्युतित की जाती है, जिसे रप (हस्ताक्षर) विवरण से मान या लेंकर, लगायें हैं।

- 1) यह कि न हो वर्तीय और न ही भविष्य में विविध महाराष्ट्र किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से लेने वा ले गए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध विवरण द्वारा का गहराया में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर, लंगु यह कहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाराष्ट्र विविध अधिकारीकरण द्वारा नहीं नियम जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सरकारी संस्थान से गहराया लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस युक्ति में एवं इच्छा जाता है कि अस्पताल हिंदू गढ़ वर्ष लैंगिकता द्वारा किसी अल्पाते संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना लगेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गहराया अल्पाते संस्था या किसी अन्य संस्था का युक्ति नहीं उपलब्ध किया जा सकता होगा एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यापक नहीं होता है। इसलिए इसका नहीं उपलब्ध या किसी अन्य संस्था को होगी और "कोशिका" जो जोड़ भूमिका या विवरणों द्वारा मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगूठे की तारीख 05/10/21	Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant Ophthalmology) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Dr. Ashish S. Sakseña, M.B.B.S., D.M.C., D.G.O., D.G.P. Shri Ashish S. Sakseña, M.B.B.S., D.M.C., D.G.O., D.G.P. New Delhi - 110007	SHANTI GUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shanti Gupta, M.B.B.S., D.M.C., D.G.O., D.G.P. Shri Ashish S. Sakseña, M.B.B.S., D.M.C., D.G.O., D.G.P.
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवार्दक उपलेख हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2