

DEL-C-21-09-6052

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : **Del/1021/0283**

APPLICATION DATE :  
आवेदन दिती **30-09-21**

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम **BALWAN SINGH**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **55** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/पत्नी का नाम **KUNDAN**



PASTE PHOTO HERE

pre post

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**077, BANYANPUR KHURD, DELHI ROAD**

**SONIPAT HARYANA - 131001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
**Same as above**

OCCUPATION : व्यवसाय **Pensioner**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **30,000**

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. रखी जाती संख्या **No**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर शुल्क देते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes/No हा/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	RAMLA	56	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) दरीबी रेखा 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (RE) senile cataract (LE) senile cataract
(2)	Surgey (RE) STCST+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

**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.
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी कें अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तपण से "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मिला गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं न तो वर्तमान में, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो भुगतान है और न ही भुगतान में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 donors 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.

1) इस बात पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छाप/चिह्न की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नर्सों, डॉक्टर, मानवस्य दूसरे उद्देश्य से मुझे परिचर्याओं और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से इजाजत करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten signature)*

**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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्राप्ति/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अस्वीकार/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/प्राप्ति हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

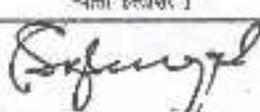
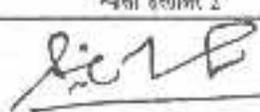
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही कोई इलाज या किये गये उपकरण/प्रक्रिया का सुचारु रूप से एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंतिम का तारीख 10.01	 <b>Dr. ASHISH SAKSENA</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 2020 का बायोमेट्रिक प्रमाण पत्र नं. 1	 <b>SHANTANU</b> GM-Marketing & Finance (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु  
 Dr. Siroff's Charity Eye Hospital  
 5027, Kedar Nath Road, Sarai, New Delhi-110003

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर 2 
--	---