

DEL-C-21-10-1973

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.
आवेदन संख्या : DCL/1021/0381APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 10-10-21NAME OF APPLICANT
आवेदक का नाम MANJEET SINGH

AGE - YEARS अयु - वर्ष

SEX लिंग

53 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कर्तव्य का नाम DILWAN SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासाना अवासीय पता

HOUSE NO - 32, Gate NO - 1, master mittal

LIBURPUK Samepura North-West Delhi - 110042

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वासाना अवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

post

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 244000 (Family)

(Attach Proof of Income)
(जब्त का साथ संलग्न)

PAN No. प्रायोगिक संख्या NO

Yes No

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

जब्त आइटम बार उड़ता है (जो जब्त को उड़ा पर सहा को निश्चय लगाते)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	MANJEET KOUR	50	M	WIFE
(2)	Kulwinder Singh	28	M	SON
3.	Tarinder Singh	27	M	SON
4.	Harmeet Singh	22	M	SON
5	Vaishali	25	F	Daughter-in-law
6.	Manjinder	2	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नों आधार

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साथ
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप ग्राह कराने का)	उम्मीद वाले यारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जब्त करने के लिए लाभान्वयन करें)	उपयोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की जब्त गति संलग्न चर्चा)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु खिलौने गमे विकल्पों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अधिकाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
(1) Diagnosis	(RE) Senile cataract	(RE) IOL Pseudophakia
(2) Surgery	(RE) SICS + IOL	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोग जहायता लाई
(1)	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT- अर्थक द्वारा नोंदवा मर:

- 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, I 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 योग्य करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गए सभी विवरण मेरी आवश्यकी के अनुच्छेद सत्ता एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठबल अल्प एवं जड़ हैं तो वे गोरी यज्ञोऽपि निम्न की तरफ सकती हैं।
- 2) मेरे हाथों जो सहायता देता "कोशिका फाउंडेशन", उसे जो तरीका है, उम्मीद उत्त्सव की भूमि के लिए किए जानेवाले, जो इस प्राप्ति में प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु वह आवश्यक की तरीकी से नहीं है, वह हासिल करने का अधिकार वा राबड़ियाँ निम्नों से न हो सकता है और न ही प्राप्ति में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (लाभेक द्वारा करार)

- 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 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 प्रकाश में अपने हासिल करने की छात्र ताकात, वै (अर्थक) अपनी सहायता की दुष्प्रकाश हेतु एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवीकरणों" को अधिकृत जगत् हूँ कि मेरे चाहे, फत, खोये और जो निम्नलिखित इस प्राप्ति में शामिल है, उसे "कोशिका" एवं नामी, चान, वाचवाच इत्यरे उत्सवों से जुड़ी गोपीनवीनियों और उत्सवों के लिए किसी वै प्राप्ति वा वाचन से सम्बद्ध बनाने के लिए अधिकृत हूँ। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इतनाव के पहले या बारे ये बातें के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नामी शामिल हैं।
- 2) मेरे (लाभेक) इस बात मेरे स्वाक्षर है कि मेरा चान, चान, वाचन और विवरण जो कि ग्राहणकर्ता के उत्सवों पर प्रतिष्ठित हैं युक्त रूप से माहसूस का इकलूक नहीं बनाता। इस बाबत में "कोशिका" एवं उसके नवीकरणों वा निर्माण जीवंग और बालवालों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक को इसकाश वा लांडू को निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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, हासिलकर्ता को और से सम्बद्ध होने वाली "कोशिका फाउंडेशन" से विविध ग्राहणकर्ता हेतु सिनारिया की जाती है, विसंगत हाप (इम्प्लास्ट) निम्न प्रकाश से माप्त व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह दिन तो वर्तमान गौरे न हो भविष्य ने विविध ग्राहणकर्ता को अन्य स्वीकारी संस्थान वा किसी अन्य त्वेष से उक्त ऐसी/मामूली में लौटे या ले लूं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिकारियनित उत्सव के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाप माप्त हेतु किया है। यह ग्राहणकर्ता निम्नति शाशिकान्तकर्ता हेतु मन्त्रुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सम्बद्धीय वा किसी अन्य दातानालय में स्थानान्तर नहीं किया जाता। इस पूर्व में अप्पे कहा जाता है कि अस्पताल हितोंपर उदाद-उत्सव रोमांचकर्ता हेतु किसी भी सरकारी संस्था वा किसी अन्य साधन में नहीं होती।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लौं गई सामाजिक देवेलपमेंट विविध उत्सवों की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" हाप को किसी उत्सव का लौंह वाचन नहीं है। इसलिये इसकाश में गोरी के इत्यरे सुरक्षा और अपने बने जी भरी विमोदरी गोरी एवं हापकर्ता की होती है और "कोशिका" की जोई दृष्टिकोण वा विमोदरी इह भासते में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
O.M.C. No. 67280
Dr. Shriya's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. Ashish R. Sakseña Stamp)
Date: 20/01/2021

SHRI / A
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shriya on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत विधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनावृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
गोरी दृष्टिकोण 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
गोरी दृष्टिकोण 2