

DEL-C-21-10-2208

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

DEL/1021/0337

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 13-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAJENDER

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KALU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

7-191, BLOCK D Phase V T- HUTS Shalimar

Bagh NORTH-WEST DELHI-110088

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labhougher

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखी जात संख्या

N/A

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	SONIYA	60	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नोपे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (RE) Total Senile Cataract (LE) Senile Cataract
(2)	Surgery (RE) SICR+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
(1)	DBCS	20000



PASTE PHOTO HERE

pre

post

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 Kushiin 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 सोचता हूँ कि इस प्रकरण में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि जहाँ विवरण एवं कथन असत्य पाये जाते हैं तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति दलि "कोशिका फलजंजन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा पाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहमति देतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य योजना/निरोधक/बैच/काफी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जा

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/post-up/produce 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

21) (Applicant) further agrees 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर व जगत की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कौशिका" समूह, पत्रिका, एवं, आवश्यकता पड़े उपदेय से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निरापण मेरे हस्ताक्षर से पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कौशिका" समूह उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलंदन के हातधारा या अंगुठे का निशान

R.T.E.
RAJENDEK
KALA

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. In 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्बन्धित/प्रेमी को "कॉन्सैन्स फाउन्डेशन" से गिरावट साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इम्मतल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही गणित्य में निहित सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिडिजिनिटि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कवर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोत अशिक्षित/सकल हेतु गन्धर्व नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय महर उक्त रोगी/मरले हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल निमित्त प्रकृति की है। रोगी या हमसबल द्वारा ही गंत सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हमसबल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिये हमसबल में रोगी को इलाज सुस्था और आने जाने को सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हमसबल को छोपी और "कोशिका" को कोई प्रामिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

स्वोक्तों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आदेशान की तारीख

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
DIPLOMA 87280
Name of Dr. & Specialty (For Stamp)
6027 Kedar Nath Road, Durgam
New Delhi-110002

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: हस्तधारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इन्द्रासा १