

DEL-G-27-10-22-91

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

D-1/102/10338

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 13-10-21

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

RAMNATH VERMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

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

DEVI SAHAJ

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

A-4/186 PASCHIM VIHAR WEST DELHI

Pin-110063

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

180,000 (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

No

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सम्बन्ध
(1)	PARWANTI DEVI	55	F	WIFE
(2)	MANJU	45	F	Daughter
(3)	BALDEV	50	M	SON IN LAW
(4)	RIDAM	22	F	GRAND DAUGHTER
(5)	PARTHAN	20	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रुग्णालय/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (Rx) Senile Cataract (Lx) Senile Cataract
(2)	Surgery (Rx) SICS+I-Care

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु बाह्य अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



PASTE PHOTO HERE

pre

post

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से प्रतिबद्ध हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली गई सहायता, उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रपत्र में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई है, उस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहस्रता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो लिखिए इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एका नामी, पत्र, संचारिका दूसरे उद्देश्य से मुझे गोपनीयता और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निरूपण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एका उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 घोषित/स्वीकृत की "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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकृत है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकृत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इतिहास पर उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरु और जाने वाले की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-10-21	Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant, Ophthalmology) DMC No. 67280 (Name of Doctor & Designation with Stamp) सहस्रता के डॉक्टर का हस्ताक्षर एवं डिजाइन New Delhi-110002	SHANMUKH GUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	