

DEL-G-21-10-2720

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/1021/0342

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16-10-2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KAISAR JAHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

YUNUS ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

C-299, CHUNDA No-3 NEAR HANUMAN

MANDIR, LAL KUAN, BADARPUR SOUTH DELHI-110044

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

pre

post

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

108000 (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. एआई खाता संख्या

No

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes (हाँ) / No (नहीं)

No (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	YUNUS ALI	75	M	HUSBAND
2	SALEEM	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"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 (RED) PCO (RED) senile Cataract
(2)	Surgery (RED) Phaco + I-Care

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 ली गई सहायता राशि
(2)	DBCS	25000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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। कृपया ध्यान दें कि कृत्रिम रूप से प्राप्त की गई जानकारी को ग्राहक के लिए उपयोग नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रपत्र में "उद्देश्य" के रूप में उल्लेख किया है, जिसके लिए मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रपत्र में उल्लेख किया है, कि मैंने इस प्रपत्र में मदद मांगी है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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.

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 (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल करें। वे "कोशिका" एन.डी.ए.ए. के माध्यम से मेरी जानकारी को प्रकाशित कर सकते हैं, जिससे कोशिका फाउंडेशन को मेरी मदद मांगने में मदद मिलेगी।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग नहीं किया जा सकता है। इस प्रपत्र पर मेरी सहमति को पुष्टि करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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 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, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" 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 भी प्रकार से दूसरी सहायता से उठाई जाएगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद मांगी जा सकती है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का फंड दान नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने जाने की गारंटी बिना रोगी को सहायता दी जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25-10-21	Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant Ophthalmology) DMC No. 67280 (Name of Dr. & Regd. with Stamp) इसके लिए मेरी हस्ताक्षर और मुद्रा New Delhi-110002	SHANTANU SINGH GM-Marketing & Public (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद 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
	