

DEL-C-21-03-3085

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या : D-21/021/0343

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 16-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम SATYAWATI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम LAXMAN SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

H-No-136, BODH VIHAR, TAJ PUR, PANDU

BADAR PUR, TAJ PUR, SOUTH DELHI-110044

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय 144,000 (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छत संख्या

No

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	DIGAMBER	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विक्तों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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



paste PHOTO HERE

pre post

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा भविष्य में)

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, 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन सत्य प्रमाण बताता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से स्थापना दूँगी "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/print/photocopy/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनएम, दान, प्रचार/प्रसारण, दूरदर्शन से बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक जानकारी मेरी स्वीकृति के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न ली जा सकती है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" एनएम इसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

LT-E
SATYA WAT

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने तक आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के बिना हमें उस सहायता के लिए किसी भी सहायता के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न ली जा सकती है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रयोजनों के लिये ही किया जाएगा, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने तक आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी पड़ेगी। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के बिना हमें उस सहायता के लिए किसी भी सहायता के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न ली जा सकती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
DMO No. 67280
Dr. Shree's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Hospital)
New Delhi-110002

SHARAD GUPTA
GM-Marketing & Projects
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature