

DEL-C-21-09-3235

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Dell/1021/0347

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

18-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BHARTI RANI

AGE-YEARS आयु वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

GURDEEP SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

House No - D-12/9 Shahadad Dairy

NORTH-WEST Delhi - 110042

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

front

post

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30000 (old Age Pension)

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

No

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

क्या आप आय कर शुल्क देते हैं (जो मूल्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 संबंध
1	GURDEEP SINGH	75	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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 Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis (Re) senile Cataract (Re) senile Cataract
(2)	Surgery (Re) cataract

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
(1)	DBCS	20000

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 Keshika 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 or 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को आ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा मे सहायता राशि "कोशिका भाग्यवंश" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भग्न रख है।
- 3) मैं धृष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य संगठन/विशेष/व्यक्ति/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना या दूसरे उद्देश्य से कुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निवेदित्वी की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उन्हें स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठी का प्रमाण

SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
भारत राब्ती

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & assent 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, उल्लेखनीय जो ज़ोर से साक्षात्कारी को "बोमिका वाइन्डिंग" से प्रेरित स्थापित हेतु शिक्षा की बातें हैं, जिनमें हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही भविष्य में विविध ज्ञानवादी किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च योगदान में लगे थे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विशेष रूप से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली थी, तो यह सहायता नहीं किया जा रहा है तो अस्वास्थ्य किसी अन्य भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्तर से ज्ञानवादी लगे का अधिकतर सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्वास्थ्य द्वितीय मध्य उच्च योगदान में किसे और प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकार की है। ऐसी भी अस्वास्थ्य द्वारा ही यह सहायता या किसे गये उपचार/उपचार का पुनर्गठन एवं अस्वास्थ्य के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्वास्थ्य में योगी के द्वारा सुरक्षा और अपने जाने को साथी विभिन्न/लेनी एवं अस्वास्थ्य की योगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विभिन्न/लेनी इस मामले में नहीं होगी।

संयोजकता के लिए संशुद्धि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26-10-21	Dr. ASHISH SAKSENA (Senior Consultant Ophthalmology) DMC No. 57280 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital 50/1, Noida, Uttar Pradesh, India डा. अशिश साक्सेना- 57280 रजि. नं.	SHANTANU K. GUPTA GM, Marketing & Projects Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसताल 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
	