

Del-Gr 20-12-2481

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/1021/0362

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DAYANAND SHARMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

NAROTTAM SHARMA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/5/40, 2nd Floor, Colli-No-5, Near Shiv

Mandir, Balbir Nagar North East Delhi-110032

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above.



PASTE PHOTO HERE

pre

post

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

84000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खात 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 चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	BHARTI SHARMA	62	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये मिला आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत 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	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चेषणा पर:

- 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 जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि सहायता 'कोशिका फाउन्डेशन', से तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भ्रम नहीं है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु मैं भ्रमण नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य अंतर्निवेश/कर्मचारी कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-up/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपयोग" को सौंपता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपयोग, धन, वस्तु/संसाधन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र या विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपयोग सौंपता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें मैं स्वीकार करता हूँ, हस्ताक्षर करी और से 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 किसी सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अधिकृत हेतु मन्सूख नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कर जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता से सहायता से सहायता से नहीं लेवालेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई चिकित्सा या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य अन्य की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29-10-21	<p>Dr. ASHISH SARISENA (Senior Consultant Ophthalmology) Name of Dr. & Designation with Stamp Dr. Ashish Sarisena, Senior Consultant Ophthalmology 5027, Kedar Nath Road, Daryaganj NEW DELHI</p>	<p>SHANTANI DAS GUPTA GM-Marketing & Projects Dr. Shantani Das Gupta (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) अतिरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2