

DEL-C-21-10-3269

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building blocks of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	DEL/1121/0371	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 23-10-21		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम SAROJ RANI		AGE-YEARS वय-वर्ष 56	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/काकुल का नाम LATE SHRI SATPAL		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पाठ्य E-1017, JAHANGIR PURI N.S.-MMDI NORTH-WEST DELHI-110033		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय कार्य Same as above		
OCCUPATION : जबकि जात संख्या	Pensioner	MARRIED (जिवाहर) / UNMARRIED (अजिवाहर)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	30000 (Widow Pension)	(Attach Proof of Income) (आप का साध्य संतुलन)		
PAN No. स्टेट लाइस संख्या	No	Yes / No हाँ / नहीं	FAMILY DETAILS - परिवार विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित व्यापार				
BPL Card (Attach Card/ Copy) जरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्राप्त जल्दी संतुलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्ष ज्वल की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ज्वल इसी संतुलन करें)	Ration Card (Attach Copy) तरंगीना कार्ड (प्रमाण पत्र की ज्वल इसी संतुलन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु चिह्नित व्यापार का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरो वाले गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1) Diagnosis	(RE) Presbyopia (LE) Presbyopia			
(2) Surgery	(RE) Phaco + I-Care			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से हिल्या गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जो गई सहायता गरी	
(1)	PBCS		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: અર્પણ દ્વારા ઘોષણા પત્ર:

- 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 I am granted, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, I received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 योग्यता करता हूँ कि इस ब्राह्मण से दिए नवे सर्वी विवरण मेंऐ जनकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। परं कोई विवरण एवं कथा असत्य या चोरा जाता है तो ये सम्भालकर विस्तृत करो वा लकड़ी है।

2) मैं इस जै स्वाधारणी "कौशिका फाउंडेशन", से ती जा रहे हैं, यद्यपि उपर्याप्त यात्रा दूरी को पूरी के लिये दिया जायेगा, वे इस प्रक्रम में भाग नहीं हैं।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यिस सहायता हें यह जारी करो गई है, इस दौरी का जीवित या सफल होना विस्तृत अन्वयानीयवकरणीया कारणों से न तो जितना है अब वा न हो भवित्व में सौना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् अप्पेलेंट)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 प्रति पर अपने हस्ताक्षर के अंते की तरफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महसूति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका नाइट्रेन नौज उड़ाने ल्यार्ड्स" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जांचे और जो विवरण इस प्रति मैं सोचता हूँ, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासी, युन, बालबच्चे द्वारा उद्देश्य से तुम्हीं प्रयोगित हों और उत्तराधिकारों द्वे निवेदिती भी प्रधार भव्यता से प्रसंसित कराये जाएं जापक्ता हूँ: मेरे प्रति का विवरण मेरे इलाज के जाते जा बाद गे बरने के लिए "कोशिका फाइटर्स" न नाप्ती अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूत हूँ कि मेरा नाम, पता, जांचे और विवरण जो मैं साझा करूँ उद्दैर्यों से प्राप्ति हैं उन्हें रखता; राहावत का इकायर नहीं बनता। इस राहावत में "कोशिका" द्वारा उपकरण नियन्त्रियों का नियन्त्रण शामिल और बनायाजाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आंखें के द्वारा या अपने का नियन्

२५८

AGREEMENT by HOSPITAL (संकेत संकाय)

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:

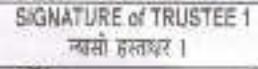
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves the 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.

इन्हें अधिकारी विवरणी को आवंटनने देते हैं। यह एक विशेष विवरणी है जिसमें विवरणी की जांच होती है। इस विवरणी में विवरणी की जांच की जांच होती है।

- 1) यह कि न तो अस्थिरन और न ही धरिया ने विशिष्ट सामाजिक जिसी गैर सारांशी शब्दभवन पर दियी अन्य संज्ञें से उक्त गोरी-धरियोंले दे लिए या तो ले ले है, वैसे कि इसमें "कोशिका फाटडंडेशन" से सिफारिश-विवरिति उत्तर के सन्दर्भ में "कोशिका सामाजिकशन" हुआ स्वद हुए हैं कि है। यदि "कोशिका फाटडंडेशन" हुआ सामाजिक विनियोगी सारिक-उपकरण हेतु मन्त्रवर नहीं किया जाता है तो अस्थिरा कियोंगी इन्यू गैर मालवारी योग्य पा कियोंगी अन्य सन्दर्भमें सामाजिक नेने जो अनिकार सुधारित रखत है। इस पूछते में स्पष्ट बता जाता है कि अस्थिरा हिंदौरीप सदद उत्तर गोरी-धरियांगते देतु कियोंगी। साकारे सबसा यह दियी गयी सन्दर्भमें से नहीं होता होनाहोली।
 2. "कोशिका काटडंडेशन" ने तो यह सामाजिक बोल्ल विशिष्ट प्रकृति भी है। ऐसी यह इसावाला हुचा ही रहे साकार या विनो नरे उपकारप्रक्रियक का चुनव गोरी एवं हरपतल के बीच का विषय है और "कोशिका काटडंडेशन" हुआ किसी-एकाका बा कोई बचवन नहीं है। इसातने इस्पातमें देखो के इनक गूरुओं और अनें जो भी सारी विमांशुरी रंगों परं इस्पातमें देखो। और "कोशिका" को कोई भवित्वा या विस्तैदारी इन सामरोंमें नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संभवता

Date of Surgery अंगोरण की तारीख 01-11-21	D. ASHISH SAKSENA (Name of Dr. का नाम) (Mr. मासिक व्यक्ति) श्रीमति नवें च हस्ताक्षर च देवि, न. Dr. Ashish SAKSENA Hospital 50227 KOLKATA PQR INTERNAL USE of KODHIKA FOUNDATION	SHASHIKAL GUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नव च पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवांची हस्ताक्षर । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवांची हस्ताक्षर । 