

DEL-C-21-10-3856

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: DEL/1121/0390	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 3-11-21		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम CHANDER KANTA	AGE-YEARS आयु-वर्ष 71	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम MANNA RAM			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H. No-1150, L-BLOCK, Mangal Puri, North West Delhi-110082		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above	
OCCUPATION: व्यवसाय Pensioner	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 60000 (old Age Pension)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes हा / 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
(1)	Manna Ram	77	M
Relation with Applicant आवेदक का साथ सम्बन्ध		Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
(1)	Diagnosis	(R) Senile Cataract	
		(L) Senile Cataract	
(2)	Surgery	(R) Phaco-PI-Case	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया 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	



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 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 निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी श्राव्य सहायता एतिका "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस एतिका का औसिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धेक/बीमा कम्पनी से न ले लिय है और न ही एतिका में लीया।

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

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या आंगठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिक फाउंडेशन और उसके व्यापारियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में पोषित है; उसे "कौशिक" एवम् ज्योति, राज, कल्याण या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिरे किसी भी प्रकार पाष्प से प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद पे करने के लिए "कौशिक फाउंडेशन" व ज्योति अधिकृत है।

साविंदक के लक्षणों या अंगों या निशान

$$24 \leq 24 \sqrt{11}$$

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 अधिकार, हमारा धर्म और हमें सम्मान देने के "संश्लेषित फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हो सिकरित की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं:

1) यह कि न तो संगठन और न ही व्यक्ति में शक्ति सहायता किसी के सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगों/पाण्डों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉरोना काउन्सिल" से विचार/सहायता/उक्त से सम्बंध में "कॉरोना काउन्सिल" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉरोना काउन्सिल" द्वारा सहायता विनिमय अधिकार/सफल हेतु मन्त्र गरी किया जाता है तो अव्यवस्थित किसी अन्य के सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था/मन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्थित द्वितीय पक्ष उक्त रोगों/पाण्डों हेतु किसी के सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायक कोशल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सल्लाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लान्ट के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट में रोगी के इलाज पुरुष और आने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्प्लान्ट को हांरी और "कोशिका" को कौन भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

1-7-11-21

Dr. ASHISH SAKSENA
(Senior Consultant Ophthalmology)
(Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)

Dr. Shroff Hospital, 22, Nizam Road, Sec. 2, New Delhi-110029

FOR INTERNAL USE OF KOSH

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hosohall)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्ताक्षर ।

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि ३

Rich