

DEL-C-21-1-1033

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

DEL/11/21/0393

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09-11-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SURENDER KUMAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

PREMLAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

155, Block-1, Dakshinpur Extension

Khanpur, South Delhi-110062

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Pvt. Job.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

120000

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगावे)

Yes/No

हाँ/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Amrita                                            | 40                         | F              | Wife                                            |
| 2                      | Sachin                                            | 23                         | M              | Son                                             |
| 3                      | Nitin                                             | 21                         | M              | Son                                             |
| 4                      | Amisha                                            | 19                         | F              | Daughter                                        |
| 5                      | Manisha                                           | 18                         | F              | "                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

|                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                          |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश्यु के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>दूधधोखा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सत्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियमों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)                    | Diagnosis (RE) Senile Cataract<br>Les Senile Cataract                                         |
| (2)                    | Surgery (RE) SICCS+IOL                                                                        |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| (1)                    | DBCS                                      | 20000                                                   |



Pre

Post

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 applicable 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 यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे यहाँ प्राप्त निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने छद्मपत्र हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, तथा दत्त का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहस्रों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि पेंस नम, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाषाण/वा द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सारे विश्व की इस माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठा है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पहले के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि पेंस नम, फोटो और विवरण जो कि सहस्रों के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं: सहायता का अधिकार नहीं बचता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवृत्त को इस्तेमाल या लॉन्गे का नियंत्रण

15/12/2020

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 अधिष्ठान, इलाहाबाद की ओर से चण्देल/पैगो की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त रोगी/चण्देल में लेने का से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सरकारी/किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिनांक नन्द उक्त रोगी/चण्देल हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा वी गई सहायता व किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की माते निर्णय लेने एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" की ओर पुनिका या निर्णयारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अंशरत की तारीख<br>7-11-21                                                                                        | Dr. ASHISH SAKSENA<br>(Senior Consultant, Ophthalmology)<br>DMG No. 52289<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>Dr. Ashish S. Saxena, Eye Surgeon<br>5027, Keshavnagar Road, Faridkot<br>New Delhi-110002 | SHANTANU DAS<br>GM-Medical Superintendent<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2<br>                                                                           |                                                                                                                                                              |