

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: F/0124/0380 (369/23)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 30/1/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Babulal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: NanaK Chand
पिता/कटुस्थ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

C-57, Duxshimpuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Tailor
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes (No)
हां / 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 सम्बन्ध
1	Santi Devi	65	F	wife
2	Surender	48	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएस वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनोत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियेन सूची संलग्न
	Diagi- RE Cataract
	SURG- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशि
	AIIC	

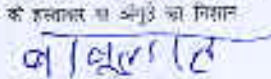
DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्क द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 reduction/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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मैं यहाँ घोषणा निरास हो जा सकता हूँ।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी अन्य सहायता या रकम (हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी) से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्क द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 the decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति को ज्ञात कराता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एल्यूमिनियम, दान, चिकित्सा इत्यादि में मुझे सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के प्रकार या चिकित्सा के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को भी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत हैं, मुझे सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एल्यूमिनियम ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात्क की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (उपचालक द्वारा करार)

- 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 अधिकृत, उपचालक की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (उपचालक) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के सहायता से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये मांगी जा रही है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो उपचालक किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उपचालक वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार के सहायता से वित्तीय सहायता से नहीं लोपारणित।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय सहायता को है, वेगों पर उपचालक द्वारा ही सहायता या किये गये उपचालक/उपचालक का चुनाव होगा एवं उपचालक को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए उपचालक से सभी नैतिक दुरुस्ती और ज्ञान को सही विवरणों को एवं उपचालक की सहायता और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या निष्कर्षों इस प्रकार में नहीं होंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख 30/1/24	 Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regn. No. of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. Rohit Harnoor (Name, Designation & Regn. No. of Hospital) Chief Executive Officer on behalf of (Name of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर और रजि. नं.
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्यारी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्यारी हस्ताक्षर 2 
---	---