

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: F/0325/458 (21/25)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/3/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Panga Samal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Arjun Samal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Servant Qtr. M-100 Crick-11 New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Maid

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

₹ 1.00 Lac

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखाई खाता संख्या -

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 (हाँ)

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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	Ram Samal	45	M	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा से 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Sun:- LE Phaco 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी महापत्रक निवेदन को ना मंजुरी है।
- 2) मेरे द्वारा वा महापत्रक सहित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्रा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि निम्न महापत्रक हेतु यह धर्पणा की गई है, उस राशि वा अधिक वा समस्त धेरसा किसी अन्य प्रोविडोर/एम्प्लोयर/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 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 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 इलाक़ या आगे की रूप लगकर मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, वान, मानविक्य नुसार उद्देश्य से तुम्हो निर्दिष्टियों और उल्लेखियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्यों से वर्णित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवृत्ति के हटाए या अंग्रे के निगल

உரை 1, 1 ம

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को तार से सम्बन्धयोगी को "वैदेशिका फाउण्डेशन" से वित्तिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवत स्थापना किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/न्याय में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफरिड/सिफरिन उक्त के संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापना विधिवत अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अव्यवहार किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से स्थापित लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवहार द्वितीय मदद उक्त रोगी/न्याय में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई स्थापना लेवल विविध इच्छा की है। रोगी पर हस्तगत इस से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत जो बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुख और आने जाने को सारी विम्वरशी लेने एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई बाधिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

ऑनसेशन वॉन तारौष्ट

Dr. Rucha M Kachava
DMC No. 112777
Shroff Eye Centre
(Name of Dr. & Regn. No. w/

DMC No. 112777

(Name of Dr. & Regn. No.)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम ये हमलाश्वा से रजि. नं.

DR. NOSHIN (Name)
DIRECTOR

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

नवरात्र सिद्धान्त अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक टर्नपिंग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी दत्तशर्मा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

Exchanged

lieve