

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

F/0924/0201 (451/24)

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/9/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ritu Chauhan

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Virender Chauhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-98 DDA Flats Kalkaji New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

N/A

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

₹ 2.50 Lac (Son's Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजता 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 लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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	Tarun Chauhan	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Susi:- RE ECCE + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गये सहायता रकम

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 प्रार्थन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विकृत एवं कथल अवश्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे संतुष्टता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में माग गया है।

3) मैं यह भी बतला रहा हूँ कि किसी सहायता हेतु अब प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापसिक या समतल किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जल्दी तहरीर की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेशन और टमके न्यूक्लियस" को उपेक्षा करता हूँ कि गैरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में घुलित है, उसे "कोशिका" एक्यू न्यासी, एन. मानना/वा दूरसे तदर्थ्य से तुमो रजिनिभिषो और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम से पर्याप्त करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रस्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटेशन" व न्यासी अधिकृत है।

मायइक के हस्तगत या अंगठे का स्थान

R. H. Chauley

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, इलाहाबादी को आगे से माले-राणी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की गयी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न उद्धार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विविध महापदा किसी एक साकार संस्था या किसी अन्य स्था से उक्त दायित्वों में से किसी एक को जोड़ा है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निवारित विधायक उक्त के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नष्ट हेतु कि है। परि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विविध अधिकार/फलक हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है नो अस्पष्टता किसी अन्य एक साकार संस्था या किसी अन्य समर्थन से महापदा होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत निर्देश नष्ट उक्त दायित्वों हेतु किसी एक साकार संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं होगा/होती।

2. "कोशिका कालन्देशन" से जो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतल द्वारा दी गई सलख से किये गये उपचार/उपक्रिय का सुनल गणी एवं हसतल नः बीन का कियत है और "कोशिका कालन्देशन" द्वारा कियी प्रसार का कोई एवार नहो है। इसलिये हसतल में रोणी के इलख सुलख बीए आने जाने की लारी बिम्बेदारो गणी एवं हसतल की होये बीए "कोशिका" की कड़े प्रिका या बिम्बेदारो इस मामले में लो होगी।

लोकतांत्रिकी के लिए संस्कृति

12/9/24

DR. APORVA AGRAWAL
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
इच्छा वा पाम व हस्तोपर व नि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Rohit Harrison
Chief Administrative Officer
Shroff Eye Centre
नयाँ बजार हस्पताल अधिकृत अधिकारी

न्यसी हस्नाक्षर ।

Exempted

न्यासी हस्ताक्षर ३

hier