

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : F1024/0232 (ns/24)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 8/10/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mist. Mohit

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

07

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Mr. Rakesh Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

1080 Bazaar Mohalla Tughlakabad N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION :

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

₹ 1.80 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्याई खाल संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Rakesh Kumar	41	M	Father
②	Raj Kumari	36	F	Mother
③	Rajni	11	F	Sister
④	Sury	7	M	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर 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
	Diagn- RE Cataract
	Surg- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ गई सहायता गयी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस रकम का अतिरिक्त या समतल हिसा किसी अन्य प्रोव्हीडर/कर्मचारी/कंपनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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-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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायाधीशों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में धीरक्षित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यायी, ट्रस्ट, याचनाएं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उन्हे न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Rakesh Kumar
(Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मागले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्था को स्वीकृत या किसी अन्य स्रोत से ढकल रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ति अतिरिक्त/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और संस्था को संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और संस्था को संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/10/24	 Dr. Shubha Mehta DMC No. 12345678 & Regn. No. with Stamp) Shroff Eye Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Chief Administrative on behalf of Hospital) मेरा नाम पर हस्ताक्षर व छाप, न.	 Dr. Shroff (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Chief Administrative on behalf of Hospital) मेरा नाम पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	