

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : F/1223/0286 (617/23)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 07/12/23

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mr Han Narayan

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Raghuraj Singh

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

10 Church Road Bhagal New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION : Auto Driver

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 90,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) —
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थान खाली संख्या

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

Yes (No)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगावे)

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) युग (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Beeta	60	F	Wife
02	Kavita	40	F	Daughter
03	Anita	40	F	—
04	Shalu	35	F	—

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Tx:- LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	—	
	—	
	—	
	—	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा पर)

- 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 "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 दिए 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 इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मंगल रूप है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि ऐसा सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, वह प्रति का आशय यह प्रकट किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/print-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 achievements/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 अंगुली का निशान देकर, मैं (अवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, ताकि "कोशिका" एकत्रित करे, धन, वस्तु/सेवा/दवाइयों से तुझी गरिमापूर्ण और जानकारीपूर्ण के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने का निमित्त अधिकृत हो। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत हैं।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है न कि स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने के लिये अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Dr. Shubha Mehta

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंगल हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु मंगल नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मंगल उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी प्रकार से संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या बिना गंध उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और आगे जाने की सभी निर्णयों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या विमर्श इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 7/2/23	Dr. Shubha Mehta DMC No. 61798 (Name of Dr. & Sign. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	Dr. Rohit Harisor (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2
	