

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0323/382 (59/23)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/3/23  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ram Akshay  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
54

SEX लिंग  
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Munderika Ram  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

J-1 127/3 Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Plumber  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 80,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. पत्राई प्राप्त करना: —

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

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 से संबंध
①	Sona Devi	52	F	Wife
②	Vikas	28	M	Son
③	AKsh	25	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) रसीदों/रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Sur:- 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 तो गई सहायता राशि
	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण 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, 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद श्रेय को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूरा सच है।
- 3) मैं यहाँ यथा है कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार के भुगतान या भुगतान हेतु अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न को लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनकर्ता) यथा सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" एकत्रित करने, प्रकाशित/बाजार/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से लुकी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण जो प्रश्न में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है, स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकत्रित करने/प्रकाशित करने/बाजार/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Ravi Adhakar

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करण)**

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 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.

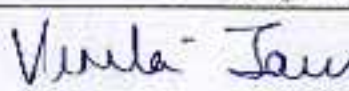

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करी और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरकर्ता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा या ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा कर सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अस्वीकार/नहीं मंजूर की जायेगी तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट यथा यथा है कि सहायता वित्तीय मात्र, उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार के उपचार या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता/रोगी।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर उपचार/उपचार की गई प्रकृत पर किन्हीं भी उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षरकर्ता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरकर्ता रोगी को उपचार सुरक्षा और अपने अपने को सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्ताक्षरकर्ता को रोगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि  10/3/23	 <b>Dr. Vinita Jain</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Specialty) डाक्टर का नाम व विशेषज्ञता <b>DMC No. 5155</b> <b>Shree Eye Centre</b>	 <b>Dr. Rohit Harrison</b> Chief Administrative Officer (Name, Designation & Stamp of Hospital's Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2  
--	---