

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0323/390 (27/23)

APPLICATION DATE: 21/3/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ms. Jsmila

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

Mahendra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

R2-244/19 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

Rs. 100000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आय का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर अंगूठी का निशान लगाएं)

Yes ☒ No ☐

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 संबंध
①	Mahendra	70	M	Husband
②	Rishi Das	44	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये चिह्नित अवस्था

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च राज्य 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 प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सुचो संलग्न
	Diag:- LE Cataract
	Sub:- LE Phacemol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
उस 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 उसी उद्देश्य के हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं दूँगा, इस तरह का आशिक या प्रत्येक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमत को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रत्येक में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा व्यापार, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगुली का छाप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या व्यापार अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता का हवाला नहीं देना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का छाप।



(left thumb)

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.

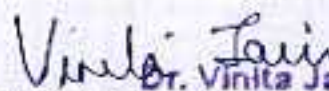
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को मेरे से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ली जा रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/प्रचारित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित है कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आशिक/सहायता हेतु प्रचारित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हस्तगत प्रचारित उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को सहायता सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी सभी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/3/23	 Dr. Vinita Jain (Name of Dr. & Recommended by) डॉक्टर का नाम Omni Eye Centre	 Jr. Rohit Harrison (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
