

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0522/048 (219/22)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 19/5/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Lallesh Mandal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 48
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Himanshu Mandal
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: E-2314, Pkt Prabhdeep, New Delhi
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: Auto Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 90,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. ~~उपरोक्त खाली रखें~~

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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	Mrs. Neha Devi	45	F	Wife
2	Vikrant	23	M	Son

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) हरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने विकल्पों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Corvaxect
	Sur LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान योजना 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का खर्च किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान कर)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताना है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कम्प्यूटर द्वारा अंतरजाल से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों के लिये किया जा सकने वाले प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे मना; सहायता का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Lalran

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल दान 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 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, हस्ताक्षर को और से कानसेलेरों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/परिचर उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित अशुभ/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाय है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाय है कि आस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पातल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पातल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पातल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पातल को होंगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/5/22	DMC No. 04725 Shroff Eye Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta M.D.S., B.C.S.M., F.S.C.C.S. Authorised Signatory Medical Superintendent Shroff Eye Centre अतिरिक्त अधिकारी A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 अन्दरक उपाय हेतु
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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