

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0522/053 (252/22) APPLICATION DATE: 26/3/22
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kankezi Devi AGE-YEARS: 78 SEX: F
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Hukum Singh
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1/73 Dakshinpur New Delhi
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 102 Above
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: H/W MARRIED (विवशिता) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: - (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का दाय्ये साबित करें)

PAN No. -
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes (हाँ) / No (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
01	Jagdamba	45	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किये गये हैं।

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथना 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सच कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी जो भी मदद है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहाय्य हेतु या उसके बाद मैं, उस धरित का अधिक, या प्रत्येक धरित धरित अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी, के लिये मदद ले रहा हूँ और वही धरित्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, साधन/का दूरों के माध्यम से मुझे यादों और उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के रहने के बाद मैं करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के लिये माँगा गया है, उसके लिये सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना)

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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षरों की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्य संधक या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य वित्तीय सहाय्य/समर्थन हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अल्पमत किसी अन्य सहाय्य संधक या किसी अन्य सहाय्य संधक से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहाय्य वित्तीय मदद उपाय सहाय्य हेतु किसी भी सहाय्य संधक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया जायेगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहाय्य वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट है कि मेरे उद्देश्य/उद्देश्य का पुराना रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्ताक्षर को लेनी होंगी "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>26/5/2022</p>	<p>Dr. Vandana Gupta (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> <p>Dr. Vandana Gupta (M.B.B.S. & D.M. Ophthalmology) Authorized Signatory Medical Superintendent Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048</p>
--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--