

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : S/0522/057 (203/2) APPLICATION DATE : 28/6/22  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PREM KUMAR AGE-YEARS अनु वर्ष 52 SEX लिंग M  
आवेदन का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Lt SHRI MATIU RAM  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्मणु आवासीय पता  
6/303 DDKShapur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
AS Above



OCCUPATION : Auto Driver (ऑटो ड्राइवर) MARRIED (निर्वाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 80,000/- (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सही कहा संख्या ~

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 संबंध
1	Kamla	58	F	Wife
2	Aryan	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) एचबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एचएच जाय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LE Vitrealis Flare
	Su:- LE Vitrectomy

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
एक उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से निम्न क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौन सा सहायक राशि
	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाला पक्ष):**

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग सच साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में पता गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्ण, अंश या पूर्णतः किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता प्राप्त नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला):**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 it's 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति का पुरावा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रसारित करें, जैसे "कोशिका" एम्प्यूजमेंट, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए जागरूकता बढ़ाने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, स्वयं सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्यूजमेंट त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (इलाका 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 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 की ओर से नामांकित की "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जहाँ है, जिसे हम (इलाका) निराकरण में प्राप्त हो स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/सकल हेतु मजबूत नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से अंततः मदद का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुरावा में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायता में नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाका इस भी सही साबित किने उसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाका के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसलिए इलाका में रोगी के इलाज सुझा और जानें जानें की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाका को होगी और "कोशिका" को कोई पुरावा का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संभवित

Date of Surgery अभियोग की तारीख  23/5/2022	 Dr. Aashraya Karpe (Name of Dr. & Regn. No. 148738/MP) डॉक्टर का नाम व संकेतक संख्या/संस्था	 Dr. Vandana Gupta MBB, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Super on behalf of Hospital श्रीमती डॉ. वंदना गुप्ता अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)

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