

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 5/0522/060 (208/22) APPLICATION DATE: 31/05/22
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Uganti Devi AGE-YEARS: 70 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: B-9/11 Chandan Market Nakhara N.D.
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Distt Karoli Rajasthan
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: H/W (होमवर्कर) MARRIED (जुड़ा हुआ) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 86,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य भेजें)

PAN No. (आपका पास है/नहीं)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) 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
01	Shree Singh	45	M	Son

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे कबे विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा कथना पर):

- 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.
 - 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.
 - 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं न तो वर्तमान रूप में कार्यरत हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा कथना):

- 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.
 - 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 अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अर्पणकर्ता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण या सूची प्रकाशित करने और जानकारी के लिए प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर विवरण में इस्तेमाल की जाने वाली छवि का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया है।
 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



Uganti Devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना):

- 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
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकृतों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त व प्रदान करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी हस्ताक्षर संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/समस्त हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता प्राप्त का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी हस्ताक्षर संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही गई सहायता का किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियां इन मामलों में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>31/5/22</p>	<p><i>Dr. Vandana Gupta</i> M.B.B.S., PGDHHM, M.D. (OCS) Medical Superintendent Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048</p>
---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safaraj</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>