

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 2/05-2/061 (148/22) APPLICATION DATE: 31/5/22
आवेदन संख्या: 2/05-2/061 (148/22) आवेदन तिथि: 31/5/22

NAME of APPLICANT: Mrs. Sitera AGE-YEARS: 55 SEX: F
आवेदक का नाम: Mrs. Sitera उम्र-वर्ष: 55 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shakeel Ahmed
पिता/पति का नाम: Shakeel Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: R-22, u Madangji I.T.D.
वर्तमान निवासीय पता: R-22, u Madangji I.T.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: R/A Above
स्थायी निवासीय पता: R/A Above



OCCUPATION: BT/W MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय: BT/W विवाहित (अविवाहित)

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

PAN No. रखाई खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का 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	Shaan	35	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसी कार्य/बिजनेस का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Suicid RE Phacoat 101

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

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

Handwritten signature/initials

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा प्रस्ताव 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 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 सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रबंधक को नहीं है। इस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कंपनी से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 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/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायक/या अन्य स्रोतों से मुझे प्रतिस्पर्धी और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित ई मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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.

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

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के सातको संभाल या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरहित आशिक/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत के सातको संभाल या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस रूप में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय करार इस रोगी/सातको हेतु किसी के सातको संभाल या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करा जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकार्यता के लिए संस्तुति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/5/22	 Dr. Vandana Gupta MBS, PCDHMM, MBA (HCS) Medical Superintendent of Shroff Eye Centre (Hospital) A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048
---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
