

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : 3/0522/062 (450/21)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 21/5/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mr. Sohan Singh
आवेदन का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

56 yr. m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Kala Ram Karanwal
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता

15-2nd, 5 Madanagarj New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : Driver
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 75,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (No)
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1	Kiran	24	M	Son
2	Omveer	24	F	Daughter
3	Rahil	22	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

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

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT आवेदन दान प्राप्त कर:

- 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह ही बात कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यही बात कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही बात कह रहा हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी तरह से, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कहीं मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहमत दान करता)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और उपचारकर्तों को लिखे किताबों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्ण सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करता)

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मांगलेखों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) सिफारिश प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/पावने में लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्दिष्ट उम्मीद के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/सकल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय चरण उम्मीद/सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से को लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, अस्पताल द्वारा ही की जाती है। अस्पताल द्वारा ही उम्मीद/सहायता का प्रस्ताव देना एवं हस्ताक्षर की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए अस्पताल में लगे की उम्मीद सुरक्षा और जाने जाने की सही निर्णयों को ही अस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>31/5/22</p>	<p>Dr. Shubho Moha DMC No. 34723 (Name of Surgeon No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Vandana Gupta MBS, PGDIPM, MBA (HCS) Medical Superintendent Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2</p>
	