

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : S/0622/072 (363/22) APPLICATION DATE : 07/06/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mr. Champa Devi AGE-YEARS : 80 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ram Dev Singh
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता

65/5 Zamyudpus New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता

As Above



OCCUPATION : N/A
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.00 Lac (Savings Income)
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 पत्रा है (जो मन्व्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes (No)
हां / 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	Vinay	55	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 साक्ष्य
--	--	--	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अब खर्च से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा वाक्य 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा वाक्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निलंबित की जा सकती है।
- मैं इस बात का सातवां प्रति "कोशिका फाउंडेशन" से लेना चाहता हूँ। इसका इस्तेमाल उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं गारंटी करता हूँ कि इस सहायता से मुझे कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड मिले और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा वाक्य)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एक या अधिक नाम, पता/पता द्वारा उद्देश्य से मुझे सहायता/सहायता के लिए किया जा सकता है। इस सहायता से मेरी सहायता के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का सातवां प्रति "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एक या अधिक न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Dr. SM

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा वाक्य)

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 की ओर से वाक्य/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को मंजूर है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उकल लेनी/समालो में होने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता उकलने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/सहायता सिफारिश/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा/हमारी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बंधन में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता/सहायता हेतु उकल लेनी/समालो में होने का ले रहे हैं।
- "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी/समालो केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर/हस्ताक्षर ही है/हस्ताक्षर का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सहायता का कोई उत्तर नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर/हस्ताक्षर और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01/06/22</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. Vandana Gupta M.B.B.S. (PUNJAB MEDICAL COLLEGE) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent on behalf of Hospital) Shroff Eye Hospital A-9, Kirti Nagar, New Delhi-110048</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>