

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0622/076 (406/22)

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 09/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mr. Phool Chand

AGE-YEARS आयु वर्ष

55

SEX लिंग

Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Gourabhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

F-220 Sainik Farm New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION / व्यवसाय : Gardner

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : Rs. 96,000/-

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या : -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)

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 सम्बन्ध
<u>01</u>	<u>Asha Devi</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diagnic LE Cataract</u>
	<u>Sur:- LE Phaco + IOL</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	<u>NIL</u>	

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा भर्नापक 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 यहाँ पर यकीन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं कहीं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर यकीन करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मेदारी के पूर्णतः निम्न निम्न कार्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।

3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से उम्मेदारी के लिए सहायता प्राप्त करने से इनकार कर दिया है और मैं इसे भविष्य में नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा 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/print 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.

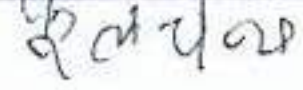
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहायता को प्राप्त करने एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके न्यायियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बताया है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, कर्मियों द्वारा उम्मेदारी से जुड़े विभिन्न और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उम्मेदारी के विवरण में उद्देश्य के पालने या बदलने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है कुछ स्थान: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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 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.

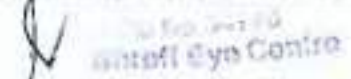
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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, हस्ताक्षरों को और से नाम/पते/पते को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उम्मेदारी के लिए कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उम्मेदारी के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत संस्था से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर हस्ताक्षर करके हम कि सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया प्रदान की है। हमारे या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं करता है कि हमें उसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल को भी का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें जो इलाज चुना और जाने जाने को सबेरे जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 09/06/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाक़ा व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta M.B.B.S. (P.G.) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent) (on behalf of Hospital) Shroff Eye Centre A-9, Kailesh Colony, New Delhi-110043
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतरिम उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--