

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

(231/2022) S/0622/019

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Sheela.

AGE-YEARS आयु वर्ष

60/F

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

R.S. Upadhyay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

R-659 Jahangirpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

As Above

OCCUPATION :

व्यवसाय

H/W

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 2.50 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्याई 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 निशान लगाएं)

Yes No

हाँ 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 आवेदक के साथ सम्बंध
①	RS. Upadhyay	73	M	Husband
②	Arun	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न दिये गये विकल्पों 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 AVAIL ED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL ED लिये गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा करें)		
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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे 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 इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का और/वा पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में न तो होगा है और न ही भविष्य में होगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)		
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.		
1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पत्र में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा व्यक्ति, रूप, सम्पत्ति/व्यक्ति द्वारा उद्देश्य या वृद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये प्रसारित की प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे पत्र का प्रसारण मेरे द्वारा के करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिकृत है। 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में शामिल है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान		
Dr. VJ Mrs. SHEELA UPADHYAY		
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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/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 और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त और/वा सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः प्रारंभ उक्त रोगी/रोगी के लिये के सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रक्रिया और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/06/22	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारि. नं. Dr. Vandana Gupta Medical Superintendent of Hospital Shroff's Eye Centre A-11, Kirti Nagar, New Delhi-110048	Dr. Vandana Gupta Medical Superintendent of Hospital Shroff's Eye Centre A-11, Kirti Nagar, New Delhi-110048
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्वीकृति हस्ताक्षर 1 [Signature]		SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्वीकृति हस्ताक्षर 2 [Signature]