

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No. : S/0622/083 (330/22)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/11/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Lohita

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60/F

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Hari Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

12, Ramrudpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता

As Above



OCCUPATION

व्यवसाय

h/w

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 2-lacs (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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)

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
①	Hari Ram	65	M	Husband
②	Sumita	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसभोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा पालना 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 इस को सहायता तब "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जहाँ है, उसका उपयोग उम्मीद के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक से या प्रार्थना को नहीं करूँगा। उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कम्पनी में नहीं लिया है और नहीं लीजियेगा।

AGREEMENT BY APPLICANT (SEEKING LTD. #31)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने सहमत हो चुकता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, सहायक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रकाशितियों को तैयार करने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज या पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासीयों या निर्णय अधिकारी लोग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सायदेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

 Mg^{2+}

Dr. SM & Dr. Mayer

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करा फक्त)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिष्ठाता, राजाधुरी की ओर से मायारेलंगी की "कोरिष्का फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉर्पोरेशन और न ही परिवर्ष में किसी सहायक किसी के सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मास्ते में रोगों का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉरिफा फाउन्डेशन" से सिफारिश किया उक्त के सम्बन्ध में "कॉरिफा फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉरिफा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अतिरिक्त/सफल हेतु पहुंचा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृह में स्पष्ट बात जान है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मास्ते हेतु किसी के धारकों योग्य या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेना/लेगी।
2. "कॉरिफा फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल निमित्त प्रवृत्ति को है। रोगी पर इम्मेडिएट द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं इम्मेडिएट को बीच का विषय है और "कॉरिफा फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का धर्म रखता नहीं है। इम्मेडिएट इम्मेडिएट में रोगों को इलाज मुफ्त और अपने अपने की सारी निम्मेडिएट रोगी एवं इम्मेडिएट को रोगों और "कॉरिफा" को धर्म भूमिका या निम्मेडिएट इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की तारीख

14/6/22

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Vandana Gupta
MBBS, DGO, DNB, MRCO (OCS)
Medical Director & Senior Authorised Signatory
Shroff Eye Centre
3, Xallesh Colony, New Delhi-110048, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष इत्येवमेव

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासो हस्तधारः ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्त्याधारः २

Rich