

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. 5/0622/087 (154/22)

APPLICATION DATE 16/6/20

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mr. Ravinder Singh

AGE-YEARS आयु वर्ष

41

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Nandan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

F-146 Enayalpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.00 Lacs

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदाता 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 (हाँ) / No (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 से संबंध
01	Nandan Singh	65	M	Father

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

BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी रेशन कार्ड के साथ 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

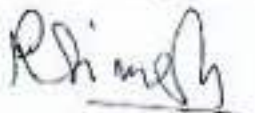
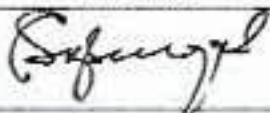
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे क्या दिक्कत का उद्देश्य

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा उत्तर गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो या नसकी है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु का प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ कि इस मदद का भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो किया जा सके और न ही भविष्य में किया जा सके।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति) 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, इसे "कोशिका" एवम् पत्रिका, गान, चलचित्र/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये प्रचार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति की प्रतिलिपि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्मृत: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति) 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 घोषित/गोपनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि हम या कोई अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज के लिये या नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश किया है। इससे हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु मिलेगी कि नहीं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें अपनी सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा प्रभाव इससे नहीं बढ़ेगा या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से प्रभावित नहीं करेगा या किसी भी प्रकार का कोई खर्च नहीं करेगा। हमारे अस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमारा होंगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/06/22	Dr. Vardana Gupta M.D., B.S., D.C. (Ophthalmology) Medical Superintendent Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 आवेदक, डॉक्टर द्वारा
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 