

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No: S/0622/088 (112/22) APPLICATION DATE: 16/06/22

आवेदन संख्या:

NAME of APPLICANT: Manju

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Laxman

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-37 Mangalpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: राबर्ट आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.50 lacs (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें --

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या 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	Laxman	61	M	Husband
②	Alka	50	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 बिजली का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

हम उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: माणव्य ह्या गोपनीय आहे.

- 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 Kosinka 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 धर्म कथन अथवा दावा ज्ञात है वो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोसिंका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि इस सहायता को न तो प्रत्यक्ष की गई है, न ही इसका कोई अतिरिक्त या अलग दायित्व किसी अन्य व्यक्ति/विशेषज्ञ/किसी कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लीजा

AGREEMENT by APPLICANT ()

- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा, कचरा/कचरे द्वारा इत्यादि से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के फलते या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यमों के इत्यादि से घोषित है कुछ स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन अपने न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयुर्वेद का सस्ताधार या अंगठे का निशान

मं

AGREEMENT by HOSPITAL (KOHIN 200 + 00)

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हार्द अर्पण, हस्तधरी की ओर से मामलें/पंगों को "कारिका फाउन्डेशन" से वित्तित सहायता से सिंथलिकी की जाती है, जिसे हथ (हाथताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत के उद्धृत होने/वापस में होने का भी खंड है, जैसे कि हमने "कॉलेज फाउन्डेशन" में लिखा/लिखित वक्त के सम्बंध में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा मदद हो कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध आर्थिक सफल हो नभू नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उद्धृत होने/वापस हो कि किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2- "कॉलेज फाउन्डेशन" से जो गई सहायता संभव विविध प्रकृति की हो। ऐसी या इत्यादि द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्वाप होनी एवं हस्तांतरण के बीच का विषय है और "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए दायरता में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तांतरण की होगी और "कॉलेज फाउन्डेशन" को कोई संपत्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपेक्षा की सीमा

16/06/22

(Name of Dr. & Room No. with Stamp)

काष्ठस्य च नमः पृथुलश्लाघा पृथिवी नः

Dr. Vandana Gupta

MBBS, PGDIPM, MSA (HCS)

Medical Superintendent

Shrotriya, P. & Gopalakrishnan, A. (2010)

Kailash Colony, New Delhi-110040

अन्तर्गत उपस्थापित

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपर्युक्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी दत्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ह्यानी दस्तावेज

1228