

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : S/0624/089 (24/2/22) APPLICATION DATE : 18/6/22

आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Chandleshwari AGE-YEARS : 62 SEX : F

आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ratan Prasad

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

M-123 Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

A.s Above

OCCUPATION : h/w

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Nil

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य मिलाएं)

No. स्थाई रक्ता संख्या -

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

Yes (No)

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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
01	Rusum	40	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

DPL 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

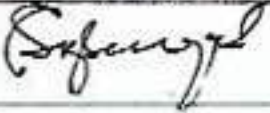
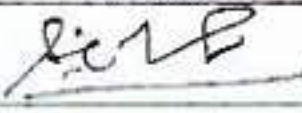
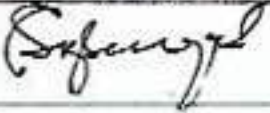
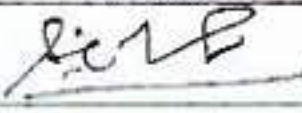
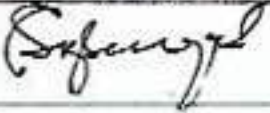
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

हम 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 ले गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रार्थना 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. 4) 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 निषेध की जा सकती है। 5) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है। उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था। 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रार्थना नहीं करे, जो अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये जा रहे और न ही भविष्य में ली जा।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन) 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. 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दान, सहायता हेतु उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे ज्ञान के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उन्हीं उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान  Chandashwari				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन) 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 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. 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 सहायकी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनम्र उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनम्र अस्वीकार/संकेत हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायकी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा यह सहायता हेतु रोगी के सफाई प्रबंध या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगायी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य खर्च को सही विनियमन रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/06/22 </td> <td>  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख </td> <td> Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MHA (HCS) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kalkaji Colony, New Delhi-110048 </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/06/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MHA (HCS) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kalkaji Colony, New Delhi-110048
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/06/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MHA (HCS) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kalkaji Colony, New Delhi-110048		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक उपयोग हेतु) <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 