

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No : आवेदन संख्या : S/0622/092 (224/22) APPLICATION DATE : 21/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr. Rajender Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष 54 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Kulwant Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता 740/1 Conventpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवास पता As Above

OCCUPATION : व्यवसाय Mechanic

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय Rs. 1.50 Lacs

 (Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

 Yes (No)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार का 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
①	Jaswinder	50	F	Wife
②	Mominadar	26	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा 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 निवेदन का उद्देश्य:

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

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता दिया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस सहायता का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और या तो भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" को अपने "उद्देश्यों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उन्हें "कोशिका फाउण्डेशन" समूह द्वारा, दान, सहायता/द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिभूत है, स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" समूह अपने "उद्देश्यों" का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this recommendation 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, उपलब्ध की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" 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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरिधि और/असफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई पूर्णिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

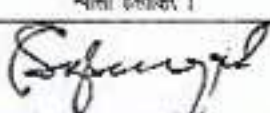
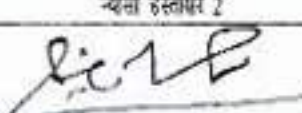
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/06/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व.	Dr. Vaishana Gupta MBBS, PGDIPLOMA (MCS) Medical Superintendent Shroff Eye Centre A-9, Kirti Nagar, New Delhi-110028
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---