

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : S/OC22/099 (280/22)

APPLICATION DATE : 23/6/22

NAME of APPLICANT : Mrs. Urmila Devi

AGE YEARS मातृ वर्ष

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Roop Chandel

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-53, Lal Kuan Badaspur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : h/w

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 2,00,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income) -
(आप का साक्ष्य सत्यापन)

PAN No. स्वयं खाता संख्या :-

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

Yes (No)

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

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Roop Chandel	65	M	Husband
02	Pankaj	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न 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) आय आय का 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 विनयी 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायक हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस रकम का जमाया या वापस किया गया अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा चिह्न लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सम्मति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, समर्थन/या दूसरे उद्देश्य से कुली गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

Urmila Devi

उर्मिला देवी

Dr. SM

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से सम्बंध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक 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 सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/या मिलेगी यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश आदेश/समझौता हेतु मंजूर की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से मदद प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल द्वारा यह उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संस्था के किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/6/22

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका पं. सं. व

Dr. Vandana Gupta

MBBS, PGDIPLOMA, MHA (HCS)

Medical Superintendent & Authorised Signatory

Shroff Eye Centre (of Hospital)

A-9, Kallash Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar