

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : S/0622/102 (365/22)

APPLICATION DATE : 28/6/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Paramjeet

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

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

Suriinder Seth

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

17/68 Gurgaon Colony New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION : h/w
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 2,00,000 (Family Income)
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर खींच का निशान लगावे)

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
(1)	Suriinder	65	M	Husband
(2)	Sandeep	35	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अभ्युक्त कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

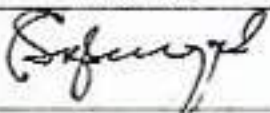
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु जिसे नये किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE लगा गई सहायता राशि

7/12

DECLARATION by APPLICANT अभ्येक्षक द्वारा घोषणा कर:	
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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है। 2) मैं दृढ़ता से सहाय्य प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहा हूँ। उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा जो इस प्रश्न में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का जमा/वापस किया गया या अन्य किसी-किसी स्रोत/धर्मार्थ से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येक्षक 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 is this regard will be final and acceptable to me.	
1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान दे। (अभ्येक्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएफ, गैर-लाभकारी, दान, सहाय्यता द्वारा अर्थपूरण में लाने, गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निर्यात मेरी इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (अभ्येक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्यता के उद्देश्यों से प्रकाशित है इसके स्वतंत्र: सहाय्यता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफ उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अभ्येक्षक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान	
पुरास्कार	
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 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य 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 सहाय्य किसी भी सहाय्यी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्यता वित्तीय अधिक सहाय्य हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यता से सहाय्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहाय्य हेतु किसी भी सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ली गई सहाय्यता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए दो वर्षों के अंतराल के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भुवि/या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/6/2022	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MRD (DGO) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital) Shroff City Hospital A-9, Kailash Colony, New Delhi-110046
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 