

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

Surinder Seth

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

17/68 Gurgaon Colony 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)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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
01	Surinder	65	M	Husband
02	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 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) अभ्युक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

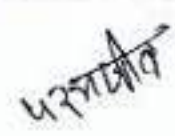
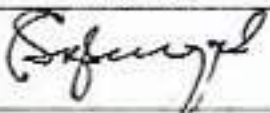
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु जिसे नये किसी का उद्देश्य:

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 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 लगा गई सहायता राशि

7/12

DECLARATION by APPLICANT अभ्येदक द्वारा घोषणा 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. 1) मैं यथार्थ बता रहा 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 फाउंडेशन" से की जा रही है। 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 अतिरिक्त या नगद रिफंड किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न हो किताब है और न ही भविष्य में होगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येदक 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 देकर, मैं (अभ्येदक) अभ्येदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएफओ, दान, सहाय्यता द्वारा अर्थपत्र में मुझे मिली/मिलने वाली सहाय्यता को सहाय्यता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है। 2) मैं (अभ्येदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्यता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहाय्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफओ न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अभ्येदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान  परमाक्षर	
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 मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और सहाय्यी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित रक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्यता वित्तीय अतिरिक्त सहाय्य हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत के सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्यता से सहाय्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठा लेने/पहले हेतु किसी के सहाय्यी स्रोत या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहाय्यता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए दो या दो से अधिक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भुविदा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/6/2022  (Name of Dr. & Sign. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPHM, MRD (DCC) (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 अन्दरूनी उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 