

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No : S/0622/105 (316/22) APPLICATION DATE : 20/6/2024

आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Mr. Vinod Kumar AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग

आवेदक का नाम 50 M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME Hari Chand

पिता/पत्नी का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

471-B 2nd Floor New Delhi

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

As Above

 OCCUPATION : Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.00 Lacs

कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या -

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो भी लागू हो उस पर तिक चिह्न लगाएं)

 Yes / No

हां / 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
①	Anita	42	F	Wife
②	Dishan	22	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रसंगिक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: LF Cadaver
	344: 1P Phaco + IOL

 ASSISTANCE BEING AVAIL ED 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 AVAIL ED लौ गई सहायता राशि

ALL

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)	
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 सही 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 इससे अधिकतर सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ही ले रहा हूँ। उसका उपयोग उम्मीद कर रहा हूँ कि मुझे मिले बिना करेगा। जो इस प्रारूप में कहा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि, जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आश्रित या मालिक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)	
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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना, मैं (आवेदक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में शामिल करें। उसे "कोशिका" एम्प्यु उनके न्यायीयों, राज, सम्बन्धों द्वारा उपचार से मुझे भविष्य में और उपस्थितियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपदेशों में शामिल है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्यु उनके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)	
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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से वास्तविकता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें से प्राप्त करने के लिए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित करने के अन्तर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकार/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा यह मदद उसी रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के अन्तर्गत वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही मैं सहायता का विवरण एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्तगत को बीमा का विवरण 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 होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/6/22	Dr. Vandana Gupta Medical Superintendent & Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital Shroff City Hospital A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2