

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. : 510722/122 (430/22) APPLICATION DATE : 12/07/22
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Mrs. Vidhata Devi AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग
 आवेदक का नाम 75/F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ganpat Ram
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

110-A ENO-865, Majyagadh Shyam Vihar N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above

 OCCUPATION : N/A
 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 करें)

PAN No. : कोई नहीं

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

Yes (No)

क्या आप आय कर देता है (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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Nitin	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्त 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 Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

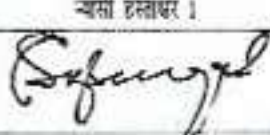
सहायता हेतु दिने गए निम्नलिखित उद्देश्य:

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 को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये जा चुकी है/

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

DECLARATION by APPLICANT आवेदनक 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 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) मेरी इसकी घोषणा यति "कोशिका फाउण्डेशन" से सौ का की है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह व्यय किसी भी प्रकार के अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिये जाये और न ही भविष्य में लीये।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार) 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 in this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रकार का जहाँ हस्ताक्षर या छाप की छान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासेयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासेयों, दान, सहायता हेतु अन्य उद्देश्य से मुझे विभिन्न माध्यमों और उपकरणों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का निर्णय मेरी इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" या न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतंत्र सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासेयों का निर्णय अंतिम और अविरोधनीय होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान  Dr. V. Shankar	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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, हस्ताक्षरों की ओर से यहाँ/यहाँ की "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 और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए उपायों में ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्णय इससे के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान 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 हस्पताल द्वितीय बार उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से सौ का सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही होगा और हमारे अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अपने अपने की खर्च निर्योग्य रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या निर्योग्य इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/7/22 Dr. Shubha Mehta DMC No. 84798 (Name of the Authorised Signatory with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख Dr. Varidana Gupta (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent) Shroff Eye Center A-8, Kailash Colony, New Delhi-110045	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 