

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : S/0722/124 (17/22) APPLICATION DATE : 12/7/22

आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Mr. Div Sagar AGE-YEARS : 61/4 SEX : M

आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bala Lal

पिता/पत्नी का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 303/13 JJ Camp Andrawa Enay New Delhi

वर्तमान निवास का पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : N/A Above

स्थायी निवास का पता

 OCCUPATION : Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 60,000/-

कुल वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

 PAN No. : N/A

PAN संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 सम्बंध
01	Shakuntala	60	F	Wife
02				

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रसदानी कार्ड के साथ 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 Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कब किसका कारण

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn. - RE Chest X-ray
	Sym. - RE Photo + IOL

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा से प्राप्त होने वाला "कोशिका फाउन्डेशन" से जी का नहीं है। इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ यथा हूँ कि मैंने माँगा हुआ यह राशि/रकम का कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यायी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में शामिल है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, अपने, समर्थकों द्वारा उद्देश्य से चुदी सार्वजनिक और इलाकीयों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष पर विवरण में शामिल की गई बातें या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'न्यायी' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्यों से शामिल है चुदी प्रकाशित; प्रार्थना का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन इसके 'न्यायियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

देव रमन

Dr. SM

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 केर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/करने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आसिक/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य केर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होती/करने हेतु किसी केर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से ली/लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये 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 जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/7/22

Dr. Shubha Mehta
DMC No. 04798
Shroff Eye Centre
(Name of Hospital/Physician No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Vandana Gupta
MBBS, PGDIPLOMA, MPA (HCS)
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent/Physician
(on behalf of Hospital)
Shroff Eye Centre
मुख्य चिकित्सक/अधिकृत अधिकारी
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Sufyan