

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No: S/0722/128 (229/22)

APPLICATION DATE: 14/7/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Supriya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

18

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sanjeet

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Conda No-12, 1st, Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Student

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 70,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सॉफ्ट कॉपी संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर गहरे का निशान लगाएं)

Yes (No)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Sanjeet	42	M	Father
(2)	Anima	38	F	Mother
(3)	Ajay	20	M	Brother
(4)	Lovely	16	F	Sister

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Caste/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	Diagn: LE Retinal Detachment + Cataract
	Surg: LE Vitrectomy + Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानको के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा धोखाधड़ी हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, पूरी या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिमांड दूँ और न ही रीफंडेशन में लूँगा।

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 it's 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 it's 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 मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने अधिकारों को सौंप देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित कर सकते हैं, जो मेरी सहायता के लिए आवश्यक है, जिससे वे मेरी सहायता के लिए आवश्यक जानकारी को प्राप्त कर सकें।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उपयोग के लिए प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए आवश्यक जानकारी को प्राप्त करने में मदद मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Signature

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, 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 किसी भी सहायता के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए मदद मिलेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त रोगी/मरीज के लिए मदद मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकार/नकारित हो जाए, तो हमें किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए मदद मिलेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं दिया जाएगा। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता शुरू और अंत करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/7/22	Dr. Shraddha Singh DMC/R/8012 (Name of Dr. Recommended By) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम	Dr. Vandana Gupta MDS, DNB, DGO, DGO, DGO, DGO (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

Signature