

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 510724/129 (29/12/22) APPLICATION DATE: 16/2/2023

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Veero Devi

आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ratan Kumar

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

D-32 JI Colony Khampur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

As Above



OCCUPATION: H/W

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 Lacs (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध
01	Ratan Kumar	70	M	Husband
02	Amul Kumar	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Cataract
	Treat- LE Phaco-tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिखा गया है?

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

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 प्रत्येक 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) मेरे द्वारा की सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग गया है।

3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की मदद से, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल दिया जा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 enable 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंकित की जाए। हस्ताक्षर, में (आवेदन) अपने सहपति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका कारागार और उसके स्वातंत्र्य" को अधिकृत करता है कि यह नाम, पता, कोले और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वातंत्र्य, नाम, पता/पता द्वारा उद्देश्य से जुड़े व्यक्ति/व्यक्तियों और उपलब्धियों के विषये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में उल्लिखित के करने या बाद में करने के लिए "कोशिका कारागार" में स्वातंत्र्य अधिकृत है।

2) मे (अनंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेघ नभ, पता, खोटी और विवरण से कि सहायता के उद्देश्य से प्रमिती है मुझे स्वतः सहायता का ठककर पदी मनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकाश उसके व्यक्तिगत भा निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

अधिकांश के इलाक़ों में अंग्रेज़ों का शासन

वीरों की

By affixing her/under, 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.

इसके अतिरिक्त, इलाहूरी की ओर से चानसे/देवी को "कांशिका फाउन्डेशन" से विरिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसह) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो कार्यवाह और न ही परिवार में जितने सहायक निजी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त सेवा/सामग्री में सेने या ले रहे हैं, जैसी कि हमने "कोशिका परजन्देशन" से लिपिकविकसित जनन के सम्बंध में "कोशिका परजन्देशन" द्वारा मरकर हेतु कि है। यदि "कोशिका परजन्देशन" द्वारा सहायक निजी आर्थिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जात है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाजिक से या सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित राखत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त सेवा/सामग्री हेतु निजी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं सेवा/सामग्री।

2. "कोशिका कायदेवत" से ही यह महत्वाकांक्षित विचार प्रकृति की है। रोणी पर हस्तगत हुए ही यह ज्ञाता का विषय था। उपकारप्रक्रिया का शुभान रोणी का दण्डाल से बीच का विषय है और "कोशिका कायदेवत" इस किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोणी के ज्ञान मुक्त और जाने जाने को सारे निष्पेक्षी रोणी पर हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई धमिका या निम्नतरो इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehra
DMC No. 04798
Shroff Eye Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र

Dr. Vandana Gupta
Member, Organized & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent (Government Hospital)
Shroff Nagar, Jaipur, Rajasthan

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION A-9, Kirti Kalyan Colony, New Delhi-110048

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्तेफा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी दलाल २

Exemplar

2020