

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : S/0722/136 (444/22)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/7/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mr Kalyan Singh

AGE YEARS आयु वर्ष

79/7

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Jasmit Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

11/345 Gurdas Nigrah N. Bhathe

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.50 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (को मध्य हो उस पर सही का निशान 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
01	Parminder Singh	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये दिव्य 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 का 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:

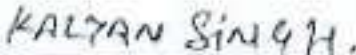
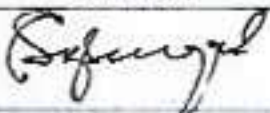
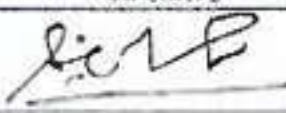
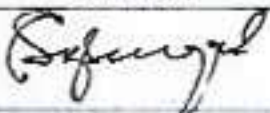
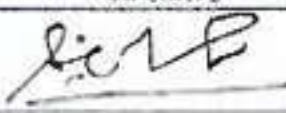
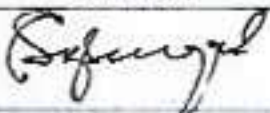
सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Suri- RE Phacoemulsification

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा घोषणा करें): 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ पर सत्यता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद करी है, इसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो निशुल्क है और न ही भविष्य में भुगतान।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" पत्रम्, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ, दूसरे इत्यादि से मुझे गरिमापूर्ण और जानकारीपूर्ण के लिये फैलावे और प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निर्यात मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रमाणित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्रम्, पत्रिका, पत्रिकाओं का निर्माण अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  DRISM				
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 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी 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) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के सहायता संग्रहण या किसी अन्य स्रोत से इसका पूरा-पूरा भरणे में होने या हो सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन आशिक-सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अल्पता किताब अन्य और सहायता संग्रहण या किसी अन्य सहायता संग्रहण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बिंदु पर स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पता सुरक्षित कर उस संकेत/चक्रों हेतु निशुल्क के आधारी संस्था का किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता कोष वित्तिय प्रवृत्ति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं बताए जा सकते हैं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इच्छित हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य अन्य की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए, संस्तुति <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/7/22 </td> <td style="width: 33%;"> Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. </td> <td style="width: 33%;"> Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MRCO (S) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/7/22	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MRCO (S) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/7/22	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MRCO (S) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Medical Superintendent Shroff Eye Hospital A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  </td> <td style="width: 50%;"> SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 