

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No: S/0722/157 (432/22)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/7/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs Suman

AGE-YEARS आयु वर्ष

60/F

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Jagdish

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

15-2876 Transit Camp Gurgaon Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: H/W

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 2.00 Lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू 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	Jagdish	61	M	Husband
02	Neha	32	M	Son
03	Vinod	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

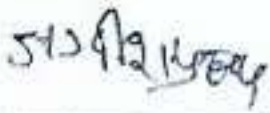
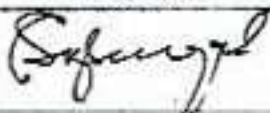
सहायता हेतु किसे कबे किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 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) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है। इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह कार्यवाही मैं नहीं करूँगा। इस राशि का अधिक या कमतर किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिये जाये और न ही भविष्य में होगा।			
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 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को दृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रसारित करे, प्रकाशित करे, प्रसारण/या इसके उपयोग में मेरी पहचान/विवरण और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रचार का विवरण मेरे इच्छा के परते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हवाला नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" प्रसारण/उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान  Dism			
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, हस्ताक्षर की ओर से मामला/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 और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल केवल अन्य और सरकारी स्रोत या निजी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा यह उक्त रोगी/मामले हेतु किसी को सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के द्वारा सुरक्षा और सने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Date of Surgery अंगरेज की तारीख  Dr. Shubha Mehta DMC No. 04798 (Nan-Satya & Kalyan Centre) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर पं. र. वि. नं. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Dr. Vandana Gupta Medical Supervisor of Authorised Signatory (Nan-Satya & Kalyan Centre) श्रोत्रिणीय चिकित्सा अधिकारी </td> </tr> </table>		Date of Surgery अंगरेज की तारीख  Dr. Shubha Mehta DMC No. 04798 (Nan-Satya & Kalyan Centre) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर पं. र. वि. नं.	Dr. Vandana Gupta Medical Supervisor of Authorised Signatory (Nan-Satya & Kalyan Centre) श्रोत्रिणीय चिकित्सा अधिकारी
Date of Surgery अंगरेज की तारीख  Dr. Shubha Mehta DMC No. 04798 (Nan-Satya & Kalyan Centre) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर पं. र. वि. नं.	Dr. Vandana Gupta Medical Supervisor of Authorised Signatory (Nan-Satya & Kalyan Centre) श्रोत्रिणीय चिकित्सा अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु) A-9, Kalyan Colony, New Delhi-110048			
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 