

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No: 5/0822/148 (48/22)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02/08/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Lakhveer Singh

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Santosh Singh

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-116 Sant Nagar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Photographer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य सलग)

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर गहो का निशान लगाएं)

Yes (No)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| (1)                    | Rani Rana                                         | 60                         | F              | Wife                                          |
| (2)                    | Purnima Rana                                      | 24                         | F              | Daughter                                      |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिंदी आधार

|                                                                                                          |                                                                                                                  |                                                                                        |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये बिंदी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सलग |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Dingri - LE Contract                                                                      |
|                        | Suri - LE Phacotol                                                                        |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता बिंदी अन्य स्रोत से मिल चुका है/

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कोई मद सहायता जारी |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |



**DECLARATION by APPLICANT** (आवेदन करने वाले द्वारा) :

- 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 सत्य नहीं अथवा पाया जाता है तो मेरी छद्मता सिद्ध हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस व्यय/खर्च के लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ, उसे मैं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वापस नहीं लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदन करने वाले द्वारा) :

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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और जो उद्देश्य इस प्रारूप में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" एवम् पता, फोटो आदि द्वारा उद्देश्य से कुटी प्रतिष्ठित और जानकारी के लिए सिद्ध हो सके ताकि वे इस उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रत्येक सहमति मेरी इच्छा के फलस्वरूप या बाध्यता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता की अपेक्षा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है इसके अलावा सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदन करने वाले द्वारा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

2.50 ANA

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा) :

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, हस्ताक्षरों 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जिसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/नकार हो, हमें अपने स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए उक्त सहायता को पूरा करने के लिए अधिकृत अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय रूप से उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी गैर-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 इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तिथि

02/05/22

Dr. Vandana Gupta  
DMC No. 84788  
(Name of Dr. & Regy No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छिद्र न.

Dr. Vandana Gupta  
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Medical Superintendent  
Shro. [Signature]  
A-9, Kalyan Colony, New Delhi-110048

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]