

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

 Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. : 3/0822/151 (26/12)
अवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 4/8/22
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT : Mr. Harish
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
6041	M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kusharn

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

C-92-3, Elm Enclosure, Budapest, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : रक्त ३७५०१९ वा

As	Also over
----	-----------

OCCUPATION: farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 60,000/-
कल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. સ્થાનક

PAN No. स्पष्ट और सही दर्ज करें।

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

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

Yes/No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

सहायता के लिए विविध आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) सीबी रेखा 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 निम्न वष विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिपेदन सूची संलग्न

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 दात उपदेवम के ईंगु कोर्य अन्य राहायका किराी अन्य स्कूल मे लिया गइ हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशी
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: अर्शक द्वारा घोषणा है:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल इस प्रारूप में घोषित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस राशि का पूरा पूरा भुगतान करने के लिए नहीं जाऊँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी भद्रवर्ति को बुद्धि कराऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस पत्र में वर्णित है, इसे "कोशिका" एवम् ज्ञानी, राज, चण्डिका/चतुर्भुज उद्देश्य को प्रोत्साहित करने के लिए उपयोग के लिए प्रसारित करेगा और/या जानकारी के लिए प्रसारित करेगा। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के उपयोग के लिए प्रसारित करेगा। इस प्रसारण का अधिकार नहीं बनता। इस प्रमाण में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आयुर्वेद के हस्तार या अंगुलि का निराय

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, इसलिये की ओर से कार्यरत/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 हमें/हमारे पास या हमें भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगी के संबंध में दी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु समुचित नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पत्र उक्त रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या कितने भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कितने प्रकार का कोई बंधन नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्याग मुक्त और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 4/8/22	Dr. Shubha Mohita DMC No. 84798 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. Vandana Gupta MBBS, BGDHHA, MDA, DICS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Medical Superintendent of Hospital Shrofi Eye Hospital 6-9 Kailash Colony, New Delhi-110045
---	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफा 2
	