

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 510822/170 (477/22)

APPLICATION DATE: 25/8/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Atarkali

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

52

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Rajeev Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

A-388 Shree Kalyan Uihar Ashis N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

As Above



OCCUPATION: h/w

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 Lacs (Spouse's Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. लगाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो बल्क 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 सम्बंध
01	Sangdev Kumar	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विविध 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 विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिक्षण सूची संलग्न
	Diag:- LG Contract
	Sur:- LG Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAIL ED 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 AVAIL ED ली गई सहायता राशि

NIL

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य काल असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं प्रत्यक्ष रूप से कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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 अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक प्रारूप की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, बरतना/च दूरदर्शन से मुझे पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के परदे के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोक्त है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यासी अधिकृत है कि वे मेरा नाम और माध्यमों को प्रकाशित करें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

अनुराग कर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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:

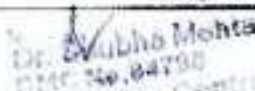
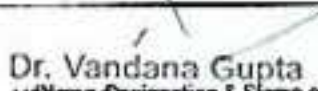
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

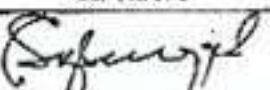
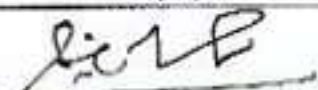
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने का हमें कोई अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदात हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/प्रकार हेतु प्रदात नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उस स्रोत/माध्यम हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय इच्छा की है। सभी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरे के इच्छा सुना और जाने जाने की जाती जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/8/22	 Dr. Anubha Mehta DMC No. 84780 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. Vandana Gupta Medical Superintendent & Signatory of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital Shroff Eye Hospital ऑथराइज्ड अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - 4-9, Kailash Colony, New Delhi-110048

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--