

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No: 310822/174 (48/22)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 29/8/22

आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Urmila Devi

आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ वर्ष

0

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: G. L. Das

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

20-E Gali No. 5/3 Shakti Vihar Badli Pur N

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: h/w

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.50 Lacs (Sen's Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) —
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं साक्षात्करण

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

Yes (No)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खीनी का निशान लगाएं):

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
1	Rajesh	45	M	Son
2	Rajeev	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्हीं आधारों पर

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) उपभोग्य 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 दवाइयों की सूची संलग्न
	Diagnose RE Full thickness macular hole
	Suggest RE Vitrectomy

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
 - 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.
 - 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 यहाँ 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 करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता, उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम लेऊँगी और न ही क्षतिपूर्ति लेऊँगी।

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 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 अंगूठे की छाप साबित करने (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता है कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करार है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकट करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रदर्शित या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरी सहायता को पटल या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकट हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



Urmila

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

- 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.
- 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 समझौते/अंगूठे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करार है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझाए और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संमत

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

24/6/22

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

Dr. Vandana Gupta

MBBS, PGDIPLOMA, MHA, BUCS
Home, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent of Hospital

Shroff Eye Centre

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

Safar