

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No: 5/0822/178 (44/22)

APPLICATION DATE: 30/8/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Kalyan Singh

AGE-YEARS आयु वर्ष

73/4

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sardar Gurnit Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-247 Gurgaon N-D

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 2.50 Lacs (Dom's Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. लगाई सहाय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो कब्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे)

Yes/No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Paraminder Singh	50	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diag 1 - LC Carcinoma
2	Surv. 1 - Prostate

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अवेक दूत सोमना पः

- 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 शिष्ट की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ही या यही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः प्रमाणित करता हूँ कि जिस सहायता से मुझे यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोत्तन/निर्धन/कर्मचारी/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नज्दों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, चिकित्सायुक्त दूसरे उद्देश्य से कुछ प्रतिबंधित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निर्णय मेरे हस्ताक्षर के पड़ने या खार में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षर के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस नज्दों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अनेक के हस्तक्षेप या अंगुली का निशान

Dr. S.M.

Kalyan Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कएल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इहाँ अधिपति, दलभरी को ओर से व्यवहारीकी को "संश्लिष्ट फावन्देशन" के विविध क्षमता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व त्योकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उपलब्ध होगी/थाले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनेंसिंग" से गिरावट/विफल उभार के समय में "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा सहायक किसी आर्थिक/व्यवस्था हेतु समुदाय नहीं किता जता है तो संस्थान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाएंगे/थाले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेएंगे/थाले।
2. "कोशिका फायनेंसिंग" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। लगे या हस्तांतरण द्वारा ही यह सहायता या किये गये व्यवसाय/क्रिया का समुदाय होगी एवं हस्तांतरण को बीच का विषय है और "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। हालांकि हस्तांतरण में लगे के द्वारा समुदाय और अपने मान को सारी जिम्मेदारी लगे एवं हस्तांतरण को लगे और "कोशिका" की कोई भी शक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

4/8/22

(Name of Ch. & Reg. No. with Stamp)

[illegible]

Dr. Vandana Gupta

MRBS, PCDMM, MPA (HCS)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent)
on behalf of Hospital)

Shroff Eye Centre
आर्य समाज, दिल्ली, भारत
110005

अनुसूचित जाति ५४

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपग्रहः १३

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताक्षर ।

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तान्तर

Rich