

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 5/0922/179 (46.8/22) APPLICATION DATE: 01/09/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr Kojal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61 M

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Krushan Lal Pal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

20/3 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

As Above

OCCUPATION: Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 60,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 संबंध
①	Bina Pal	55	F	Wife
②	Pinkay	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड 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 किसे क्या बिमारी का उपचार:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Spec:- RE Phentolol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उपचारेण 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 AVAILED ली गई सहायता राशि
	None	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी से अनुसार ज्ञान एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति प्रति "कोशिका काउन्टदोल", वे सी टी सी हैं, उसका उपयोग वसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भव गया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि जिस साक्ष्य से यह प्रार्थना की गई है, उसे यदि वह अतिरिक्त या समान विषय किसी अन्य दोहोराब-संभवित कथनों में न हो निम्न है और न ही व्यक्ति में गुप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (जवाबदर) अपने सापेक्ष की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका काउन्सिल और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कौशिका" एक्म नामों, रंग, बनावट/सूत्रे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार कायम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इराजों में पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका काउन्सिल" व व्यक्तों अधिकृत है।
- 2) मैं (जवाबदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कौशिका" एक्म उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

लायेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Dr SM

Revised Plan

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करवावे)

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 लक्ष्यका, हमलाओं को और से घायल/हंगी को "जोखल पल्लवों" से बिलकुल बचाव देते सिफारिश की गयी है, जिसे हम (हस्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वानां ज्ञेय न ही पण्डित में स्थित सहायक किसी भी सत्त्वशील संस्कार या किसी अन्य द्रव्य से उद्भूत होता है। अतः सर्वानां ज्ञेय के लिये या तो वे, जैसे कि हमें “कोशिका परावर्तन” से विशिष्ट/विनिर्दिष्ट उद्भूत हो सम्भव है “कोशिका परावर्तन” द्वारा प्रदत्त हेतु कि है, कि “कोशिका परावर्तन” द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अविवक्षित/अवगत हेतु सम्भव हो कि या तो अवगत कि किसी अन्य भी सत्त्वशील संस्कार या किसी अन्य सत्त्वधर्म से सहायक लेने का अधिभार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि अवगत/विनिर्दिष्ट प्रदत्त उद्भूत होने/अवगत हेतु किसी भी सत्त्वशील संस्कार या किसी अन्य सत्त्वधर्म से नहीं होना/अवगत।

2. "कोशिका फाट-टोरा" से ली गई संरचना संभव विविध प्रवृत्ति की है। रंगों पर हस्तगत हुए दो नई चरण या चिह्न बने ठपका/प्रक्रिया का चुनाव रंगों एवं हस्तगत के बीच का विचार है और "कोशिका फाट-टोरा" इस किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। हालांकि हस्तगत में दोनों को इतना सुरक्षित और अपने अपने की खाती जिम्मेदारी रंगों एवं हस्तगत की होती और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/09/22

Dr. SHUBHA MEHTA

(Name of DMG & Record No. With Stamp)

DNB Coordination
Shree Eye Centre

Dr. Rushad Shroff

DMC/B/L7150

Shroff Eye Centre (on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी प्रसाधर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्तक्षर २

here