

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: 5/1021/095 (256/21)

APPLICATION DATE: 21/10/21

NAME of APPLICANT: SHAKUNTALA CHAUBEY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

MR. BRIJPAI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

R-37, Sector-3, Noida

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.08 (Son's Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवाई पत्र संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो हम पर चर्चा 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 सम्बंध
01	Harish	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपपोषा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
	Diagn- RE Cataract
	Surg- RE Phacoemulsification

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 Kaushika 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य सत्य सत्य है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सत्यापन दिति "योगिकता कायदंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में पूरा गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रत्यय हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु जो प्रत्यय की गई है, उस राशि को अतिरिक्त या सहायता किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पत्राचारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू म्यारी, राम, याचक/या इन्हें उपदेष्टा से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिले बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपदेष्टा से प्राप्त है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके पत्राचारियों का निर्णय अंतिम और अप्रचलनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

लघुदेव के इलाका या अंगरे का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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 अण्डक, इत्यादी की ओर से बायले/रोपी को "कॉगिका फायनेशन" से विविध सहायता से निपटारा की जाती है, जिसे हम (इसकात) निम्न प्रकार से बाय व खीका करते हैं:

- 1) यह कि न तो संयोजन और न ही पब्लिश में विविध साक्ष्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके हो। जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टडौन" से त्रिकारिश/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडौन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडौन" द्वारा साक्ष्य किसी व्यक्ति/संस्था/संस्था हेतु मन्त्र की विषय जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्ष्य होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद तथा रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना।
2. "कोशिका काउन्टडौन" से ही यह साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर उपस्थित हुए दो या सत्र या चिह्न एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इन्फान्त के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडौन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए इन्फान्त में रोगी के इरादों सुरक्षित और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इन्फान्त की होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

दम्भीकृती के लिए संन्यासि

Date of Surgery
अभिज्ञान की तारीख

24/10/2024

✓ Chapter 14
✓ The 147th
✓ 147th Air Refueling Wing

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

हाकर का नाम व हस्ताक्षर व यदि न

Dr. Vandana Gupta

Medical Superintendent (on behalf of Hospital)

Shroff Eye Centre

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक तपयोनं वेत्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयसी इन्फ्रास्ट्रक्चर २

127