

C18109/0129

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

D10918/0089

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/09/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kanta Arora

AGE-YEARS अनु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

Kuljeet Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-318, 1st Floor, Kirti Park, Khanpur, Delhi,  
South Delhi - 1100 62

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

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

Yes (हाँ)

No (नहीं)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| (1)                    | Arun Arora                                      | 64                         | F              | Husband                                        |
| (2)                    | Hulsham Arora                                   | 36                         | M              | Son                                            |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |
|                        |                                                 |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)                    | Diagnosis - RE = Imac<br>CF = Pseudophakia                                                   |
| (2)                    | Surgery - RE = IOL with IOL                                                                  |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई सहायता नहीं

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCEH                                      |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

- 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 शोषण करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विभाग मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य विभाग की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य एग्री "कॉन्सिदा साइबोरेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रयोग की गई है, उस एग्री का सांख्यिक या सांख्यिक विभाग किसी अन्य प्रोग्राम/निर्माण/संशोधन कार्यक्रमों से न लोया गया है और न ही भविष्य में लीया।

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 fulfilment 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 (आवेदक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेश है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायों, रूप, वाक्यांश दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" के न्यायों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहाय्य, सहाय्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हमेशा या अंग्रेजी या हिन्दी में

5. Kant

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 अधिकृत, हमराजारी की ओर से मान्यते/पंजी की "कोशिका पराबन्धन" से विधिप सावधान होत विधार्थी की जारी है, जिसे हम (हमराजारी) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही पब्लिक में विविध साधनों किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटी-मनल में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रु या/कि प्राप्त है तो असम्भव किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव विनिर्दिष्ट मदद उक्त ऐंटी-मनल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ती गैर सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंटी या हमसल द्वारा ती गैर सहाय या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिए हमसल में ऐंटी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की खाती जिम्मेदारी ऐंटी एवं हमसल की होगी और "कोशिका" की कोई दृष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संजीवनी के लिए संस्तुति

Tharion

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

07/09/18

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न.

Shantanu Das Gupta

DGM-Marketing & Projects  
(Name, Designation & Stamp of Hospital)  
Dr. Shroff's Clinic, Gurgaon  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसबलत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य ठपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

Erklärung

Rich