

DEL-119-08-0228

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life.APPLICATION No.: DEL/0819/0004
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 1st Aug 2019
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Saleem
आवेदक का नामAGE-YEARS: 63
SEX: maleFATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Umarideen
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

vill - Chhapoli POST - Chhapoli
Police Station Chhapoli Baruaet
Dist - Baghat U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Pre OP Post OP
(0004) SaleemOCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
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	Nafisa	55	FEMALE	wife
2	Hanif	30	MALE	son
2	Wasim	20	Male	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE :- Pseudophakia LE :- senile cataract Surgery :- (LE) Phaco + PUDL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य 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 एी गई सहायता राशी
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा करना:

- 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 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण से लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के लिए सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं लूँगा।

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वाारा प्रकाशित, छाप, प्रसारण/प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वाारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और बाध्यकारी माना जाएगा।

Dr. SHALINDER SABHERWAL

DMC No.-5543

Signature

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:

- 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रोजगार की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ली जाएगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हलायत दुरुस्त और जल्द जाने की सही विनियमनी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
2nd Aug 2019

Dr. SHALINDER SABHERWAL
DMC No.-5543
Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.

SHANTANU DAS GUPTA
Signature
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
अस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2