

DEL-L-19-08-0226

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: DEL/0919/0005
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1st Aug 2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Jaibir
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 54M
SEX लिंग: male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ragabir
पिता/पत्न्य का नाम



PRE OP (0005) POST OP Jaibir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VILL - TULSANA Post - Khay Vill
Police chhatruli Baghat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

same as above

OCCUPATION: former
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20000
कुल वार्षिक आय

(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 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	Mishant	25/11	male	son
2	Usha	56	female	wife
3	Ankit	18/11	male	son
4	Karil	16/11	male	son

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

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

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग स्रोत प्राप्त है उसे मेरी घोषणा निरास्य
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रकरण को पूरा करने के लिए, इस स्रोत का अधिक या कमत विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्भर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में

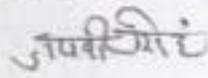
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा, कचरे/चक्र दूरले उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और प्रसारण/प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण का हस्ताक्षर मेरी घोषणा है। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारण/प्रसारण का विवरण अंगूठे और कचरे/चक्र द्वारा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


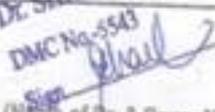
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

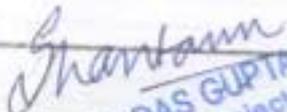
1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने के बिना या करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं किया जा सकता है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने के बिना या करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं किया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय लिया जाएगा और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने के बिना या करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही लिया जाएगा। इस प्रकार कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही लिया जाएगा और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही लिया जाएगा।

DR. SHALINDER SABHERWAL
 DMC No. 5543
 Sign: 

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

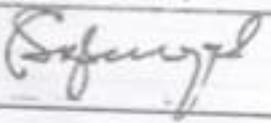

SHANTARAM DAS GUPTA
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)
 अर्शक द्वारा अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 2nd Aug 2019

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

