

DEL-19-10-1845

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

Del/19/0045

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2019-10-10

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

AKBAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

BALLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hansa Baghat Uttar Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pre
0045
Post
Akbar

OCCUPATION :

व्यवसाय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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 / 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 संबंध
1	KHATOON	53	F	Wife
2	ANES	38	M	SON
3	BITLO	35	F	Daughter in-law
4	Lisama	15	F	Daughter
5	Falwama	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE:- Senile Cataract
	LE:- Senile Cataract
	Surgery:- (LE) STGS + 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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 applicable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिने गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा कथन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल/कर्मचारी/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सभ्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, प्रचार/प्रचार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इलाक़ के पते या घर के बारे में दिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं उन्हें सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और कान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षर को और से मान्यता/पंजी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन के माध्यम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किन्हीं अन्य और सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सलाह या किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने अपने को सही चिकित्सा रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या विनियमन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अवैधान की तारीख</p> <p>2019.10.11</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर एवं मुद्रा</p> <p><i>Jouna</i> Dr. Gaurav Bhatti DOMS, DNB Comprehensive Ophthalmology Sri Ram Eye Hospital, Delhi MTC-7063</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकृत</p> <p><i>Shantam</i> SHANTAM DAS GUPTA GM in Ophthalmology Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarj</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>	