

Del-C-19-10-1846

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: **Del/1019/0046**  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **2019-10-10**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Ramesh**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **58** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Arjun Singh**  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

**Goela, Muzaffarnagar Uttar Pradesh**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



Pre Post  
**0046 Ramesh D**

OCCUPATION: **Ho**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **30,000**  
 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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चक्रों का निशान लगाएं)

Yes / No  
 हाँ / 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	Arjun Singh	58	M	Husband
2	Sachin	30	M	SON
3	Naveen	28	M	SON
4	Saxal	19	M	Grand Son
5	Arjuna	30	F	Daughter in law

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
	RE :- Senile Cataract
	LE :- Senile Cataract
	Surgery :- (LE) Phaco + PCIO

**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 ली गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन द्वाारा घोषणा पत्र:

- 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.
  - 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अत्यंत गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-op/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.
  - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उनके "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, संचारण द्वारा वितरण में मुझे सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए प्रसारण के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

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:

- 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.
- 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 सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी भी प्रकार से सहायता या स्वीकार्य करते हैं।

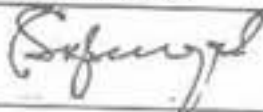
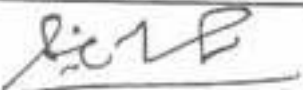
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के माध्यम से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता के माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा 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 के हित के लिए सुरक्षा और अन्य जगह को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की ओर ध्यान देने का निर्णय ही हमें लेना पड़ेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  2019-10-11	Dr. Gaurav Bhatia DOMS, DNB Comprehensive Ophthalmology Eye Hospital, Delhi DMC-7083  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2  
---	---