# Del-G-8-9-4136

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

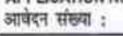
(स्वास्थय देखमाल)

APPLICATION No.: C/0925/0076

APPLICATION DATE: 16-9-25 आवंदन तिथी

Building block of life.

oundation



आवेदक का नाम

AGE-YEARS जायु-वर्ग 25

SEX fein Male

पिता/कटुम्प का नाम

NAME of APPLICANT :

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KISHAM LAL

7954/6, Muthami

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आनासीय पता

Ohamold, Pahan Comy, central Delhi

fre

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता

Sami ADOVE

occupation: Pegn व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income) NA (आय का साध्य संलग्न)

कुल वार्षिक आय

TOTAL ANNUAL INCOME: 1, 20,000

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

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

Yes / No ष्ठां / नही

क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

Rajou

FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम लिंग क्रम संख्या Mother Sudha Femali 55 May Som HOUSh 26 *femali* Sister

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

29

**BPL Card** (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतन्न करे।

**EWS Certificate** (Attach Certificate Copy)

अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) ठपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या

RE-Cooned Vicus

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? .

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NIL	

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बोक्सा एक:

- 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 assists, 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, as stated in this Form, for which such assistance.
- 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 all for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सक्षायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आंशिक था सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लूँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (अश्वेदक 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताखर या अंगठे की चाप लगाकर, में (आलेदक) अपने सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" इवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस यात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारों श्रोगा।

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

गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेदक के हस्ताहर या अंगुरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय 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 वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आंशिकारसकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा खाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाठन्डेशन" से ली गई सहापता कंवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किमे गये ठपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेतन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on the phalf of Hospital) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on the phalf of Hospital) जाम व पर हस्याल अधिकृत अध