

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 51077/175 (0536/17)

APPLICATION DATE: 26/7/17

NAME of APPLICANT: Mrs. RENU

AGE-YEARS आयु वर्ष

38

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sanjay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

P.A.A. Gwaliorpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

P.A. Above

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वतंत्र खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes (No)  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 01                     | Sanjay                                            | 44                       | M              | Husband                                       |
| 02                     | Muskaan                                           | 16                       | F              | Daughter                                      |
|                        |                                                   |                          |                |                                               |
|                        |                                                   |                          |                |                                               |
|                        |                                                   |                          |                |                                               |
|                        |                                                   |                          |                |                                               |
|                        |                                                   |                          |                |                                               |

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

|                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>नटेली रेशन कार्ड के फोटो प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>प्रमाणिकता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या मिलनी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Drugs: (R) Cefixime                                                                                    |
|                        | Drugs: (R) Phacental                                                                                   |
|                        |                                                                                                        |
|                        |                                                                                                        |
|                        |                                                                                                        |
|                        |                                                                                                        |
|                        |                                                                                                        |
|                        |                                                                                                        |

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>जो प्राप्त सहायता होगी |
|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                        | NIL                                       |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:**

- 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, if any, 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरे सहयोग निरास हो जा सकता है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह राशि नहीं ले रहा हूँ, उस राशि का ऑनलाइन या अन्यत्र रिफंड दिया गया हो/निवेश/व्यापारिक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, पत्र-वाचक द्वारा वितरण से कुछ अभियोगों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष को विवरण में प्रत्यक्ष के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे दिया: सहायता का स्वरूप को मिला। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने अधिकारों का निर्वाह करेगा और सम्भवतः होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Renu

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

- 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, इस प्रकार की और से समझौते की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं/असफल हेतु हमारा कोई भी विकल्प यह है कि सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल अपने सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं सहायता लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस चीज पर सहायता का निर्णय हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और मान्य करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

28-7-17

for  
SM

(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent

SHROTHI HOSPITAL &amp; Stamp of Authorised Signatory

A-9, Kallesh Colon (behalf of Hospital)

New Delhi

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्हारी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्हारी हस्ताक्षर 2

Safar