

07/07/2025

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/077/0195

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kiran Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

95

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हटुम्य का नाम

w/o- Natthi Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill-Paindapan, Po-Paindapan, Poyadapur Aligarh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Precep Postep

(0195) Kiran Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

- NA

(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 सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Mom Singh	60	M	Son
2	Mami Singh	50	M	Son
3	Natthi Singh	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के सिन्ने विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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 सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - MSC
	LE - P.P.
	Surgery - Sics With IOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ गई सहायता राशी
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार शर्मा

- 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 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यहाँ "बैथिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं पुनः बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस रकम का व्यय किसी भी अन्य स्रोत/निरोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में न हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक या कर्ता)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने इसाफत का फोटो की साथ सम्मकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और कोई विवरण इस द्वारा मैं प्रेषित है, उसे "कोशिका" दान, यात्रा, चिकित्सा इत्यादि उद्देश्य से कुछ प्रतिविधियों और उपकरणों को सिरे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में शिर्य अधिकृत है। मेरी द्वारा का विचार की इजाजत के पहले या बाद में करने में शिर्य "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में समझता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का वादा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान इसके व्यक्ति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदन की प्रतिलिपि २६ जून को का भिजाया

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation (Hospital) hereby affirm & attest following:

- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि वे जो व्यक्ति और वे ही व्यक्ति को "कोविड फाइनेट" से निर्दिष्ट सम्बन्ध हो। निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (व्यक्तिगत) निम्न प्रकार से स्पष्ट व सहीकर बताते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
सर्जरी की तारीख

संयोजन की समीक्षा

19/7/17

Ashwinl Kumar

Dr. Ashraf
MS, FICO

MBB No. 664

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

आपका नाम व सम्बन्धन सं. यहाँ

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Signatory
on behalf of Hospital)

नाम न. एव इत्यन्ताम् अधिवात अधिवात

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मार्ग प्रदर्शन :

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमै रसतत्त्वात् ।