

C17/07/0282

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0017/0215

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/07/07

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mohan Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o - Ramprakash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

vill - Bhannu Kala, Post - Yametiya  
Taluk - Talas, Dist - Aligarh U.P. - 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



Pre op Post op

(0215) Mohan Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

house wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सवाई 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 लगावे।)

Yes / No

हाँ / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Chhidralal                                        | 75                         | M              | husband                                         |
| 2                      | Bhala                                             | 45                         | M              | son                                             |
| 3                      | Ram Singh                                         | 33                         | M              | son                                             |
| 4                      | Maya                                              | 29                         | M              | son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

|                                                                                                               |                                                                                                                      |                                                                                             |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - RP                                                                                      |
|                        | LE - IOL                                                                                     |
|                        | SURGERY = SICS with IOL (LE)                                                                 |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सी सहायता मिली |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      | SCHE                                      |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत बताने का प्रयास किया जायेगा तो यह प्रार्थना पत्र निरस्त हो जा सकता है।

2) मैं इस बात पर गम्भीरतापूर्वक "कौशिका फाउण्डेशन", से सहायता लाने की उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए बताना हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए कोई भी अन्य प्रकार का भुगतान नहीं करूँगा। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान नहीं करूँगा।

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/post 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.

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 प्रश्न का ज्ञान इलाका या जमीन की जगह ठीक है, (जोड़कर) जहाँ भारतीय की मुक्ति का है वह "कोलिका कास्टेडेल और उसके जमीन" को अधिकृत का है कि यह नए, नए, नई और नो विचार इस प्रश्न में संश्लेष है, जो "कोलिका" दम्प जमीन, राज, भाषण का शुरू करने से मुठ्ठी गीतिविधि और जलविधि के लिए किसी भी इसा सामान्य से उपलब्ध करने के लिए अधिकृत है। ये इस का विचार से इसका के जमीन या नए में करने के लिए "कोलिका कास्टेडेल" व जमीन अधिकृत है।

2) श्री (अनुराग) इस बात से सहमत हैं कि वेद वेद, पत्र, पत्रों और विभागों कि संस्थाओं के सदस्यों से प्रविष्ट हैं। मुझे पता: संस्था का सदस्य नहीं बनता। इस संस्था में "अनुराग" नाम प्रयोग में लाया जा रहा है। अतः और अधिक जानकारी दी जाये।

आपका यह प्रस्ताव हमें बहुत पसंद आया है।



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:

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 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.

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.

इससे स्पष्ट है, इसकाही को अंतर से मालवेरी को "कोशिका बाजार" से विभिन्न मालवेरी को अंतर है, बिना हम (इसकाही) विभिन्न प्रकार से मालवेरी को अंतर है।

[illegible]

2. "कौशिक चर्यादेवतम्" से ही यह मानना संभव मिलित प्रकृति की है। ऐसी या वास्तवता इसी की यह मानना या किने यह मानना प्रकृति का मुख्य स्रोत, एवं इसका ही स्रोत का विषय है और "कौशिक चर्यादेवतम्" इस किन्हीं प्रकार का कोई दायता की है। इसलिये वास्तवता में ऐसी की इत्यत्र मुख्य और अन्य जगह की सारी विवेचनाएँ ऐसी एवं वास्तवता की होती और "कौशिक" की कोई प्रकृति या विवेचनाएँ इस भावने में की होती।

स्वोक्तो के लिए संशुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

03/08/017

 Dr. Ashwini Kumar  
MBBS, MS, FICO  
Reg. No. B6023  
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. लिखें

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

नून व पर हस्तगत अधिगत अधिवादी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यूनी गलतियार ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्त: २५/०५/२०२०

Rich