

C2308/1/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0118/283 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 29/1/18

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Kalawati AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Subhanpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: HNo - 356, Rohini, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- ds Above -

OCCUPATION: व्यवसाय: Work in Factory

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 75,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पлатते हैं (जो मान्य 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>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Hitender                                          | 27                         | M              | Son                                             |
| 2.                     | Vijay                                             | 23                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

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

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - RE - PP<br>LE - IMSC                                                                            |
| 2.                     | Surgery LE - STCS + IOL                                                                                     |
|                        |                                                                                                             |
|                        |                                                                                                             |
|                        |                                                                                                             |
|                        |                                                                                                             |
|                        |                                                                                                             |
|                        |                                                                                                             |

## 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता रकम |
|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                      | Venu                                      |                                                        |
|                        |                                           |                                                        |
|                        |                                           |                                                        |
|                        |                                           |                                                        |

Preop  
283Postop  
Kalawati

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही 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) मेरी द्वारा जो सहायता एमि "कॉलिका काउन्सिलर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में गत पाया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य दान-निधायक/वैयक्तिक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीए।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके न्यायीयों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, याचक या दूसरे उद्देश्य से नृजी रजिस्ट्रिधियों और उपसहयोगियों को तिले किसी भी प्रकार सचप्य से प्रसारित करने में शिर अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या बर मे करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है मुझे कल: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेदक के इलाज या अंग्रे के नियंत्रण



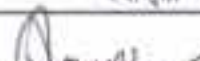
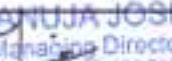
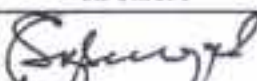
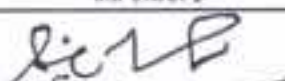
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इससे अधिकतर इलाखों की ओर से माफ़ने/देने को "कॉलेक्ट प्रोवायडेशन" में विधि व्यवस्थित होत सिखाया जा रही है। जिसे हम (हमपाठ) निम्न प्रकार से पाठ्य व बारीका करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रंगी/मसलें में लीने या ले रहे हों, जैसे कि अपने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिलसिलेवार/नियमित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/समाज हेतु मनुष्य को किया जाता है तो अवसरगत किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसरगत द्वितीय मरदर उक्त रंगी/मसलें हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रंगी या इमरगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं इमरगत के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इमरगत में रंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रंगी एवं इमरगत की होती और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सूचीकृती के लिए संमति

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अपरेशन की तारीख                                                  | <br>DR. WAMAN D. SONMA<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजि. नं.<br>10-11-2017 |  | TANUJA JOSHI<br>Managing Director<br><br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory<br>On behalf of Hospital)<br>नाम व पर हमताल अधिकृत अधिकारी<br>11-11-2017 |
| FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु                      |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इलाखर १                                            |                                                                                                                                                                                                      |  | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इलाखर २                                                                                                                                                                                                                  |
|  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                       |