

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0718/180 (981/18) APPLICATION DATE: 31/7/18  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Karpana AGE-YEARS: 43 SEX: F  
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ashok Kumar  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वतमान आवासीय पता

79, Binduwar Camp EAS New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Housemaid  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. नहीं रखा गया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर क्लिक का निशान लगाएं)

Yes (No)  
हां / 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 सम्बन्ध
1	Ashok Kumar	45	M	Husband
2	Prakash	22	M	Son
3	Raman	20	M	Son
4	Pooja	17	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रकम 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: RE Cataract
	Subh RE Physio + IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान पत्रिका पर:**

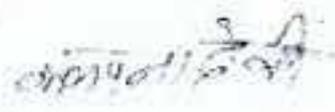
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता करा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु याद प्रत्यक्ष नहीं करूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)**

- 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/republish 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जो "कोशिका" द्वारा वेबसाइट, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरदर्शन के माध्यम से वृद्धि परिचर्या और उपचार/उपचारों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निराला होने के बाद या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण रूप से सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

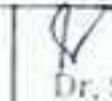
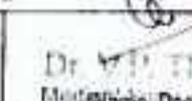
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



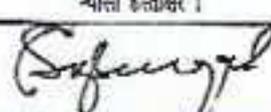
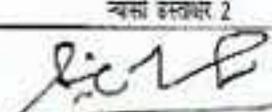
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त कर)**

- 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 this matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को बताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उन्हीं रोगी/मामले में लेने या ले ले दें, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्हीं उद्देश्यों में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस माध्यम से स्पष्ट कहा जाता है कि उपरोक्त वित्तीय मदद उन्हीं रोगी/मामले हेतु सिफारिश के सम्बंध में प्रकाशित है जो कि किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जा सकता है। रोगी पर उपचार/उपचार द्वारा जो भी सहायता प्रदान होगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। हमारे हस्ताक्षर से रोगी के स्वास्थ्य सुधार और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 31/7/18	 Dr. Shubha Mehta (Name of Dr. Sign. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टि. नं.	 Dr. Anil Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**      जनार्णिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--