

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		
निरापद लोगों का सेवन प्राकाश		(निरापद सेवन)		
APPLICATION NO. : नियमित संख्या :	V/1239/0912	APPLICATION DATE : नियमित तिथि :	11/12/2013	
NAME of APPLICANT: नियमित का नाम:	Kiron Devi	AGE-YEARS वय-वर्ष:	56	
FATHER/SPOUSE'S NAME पितृ/स्त्री का नाम:	D/o - Sukhram	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासिता वासनीय संघर्ष				
Kharipatti, Mussoorie, Distt. Dehradoon, U.T., 204213				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वासिता वासनीय संघर्ष				
Same as above.				
OCCUPATION: दर्जना:	House wife			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	NA			
PAN No. TAN वार्षिक नंबर:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप दोषी होते हैं? (जो भवित्व को दोषी घोषित किया गया है) :	Yes / No. हाँ / नहीं ✓			
FAMILY DETAILS घरियां विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरियां के नामों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरियां के बीच सम्बन्ध
1	Bhagwan Singh	60	M	Husband
2	Dharmveen	32	M	Son
3	Rajveen	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवश्यक के लिये चिह्नित करें				
BPL Card (Attach Card Copy) एसीएल के लिये उपलब्ध कर (उपलब्ध कर भी जाए तो लिखें को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसीएल के लिये उपलब्ध कर (उपलब्ध कर भी जाए तो लिखें को)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपलब्ध कर भी जाए तो लिखें को)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड सम्बन्ध	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE आवश्यक के लिये गये चिह्नित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescription Attached आपत्ति/दोषिता के चाहीं को नई ड्रिलिंग सुनी जाएगा			
	RE - TMC			
	LE - TMC			
	Curgency - <input checked="" type="checkbox"/> SID + TMC			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उद्देश्य के लिये अन्य स्रोतों से किये जाने वाले स्रोत की जांच कैसी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जीवं जाने वाली राशि		
1.	SCEN			

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा घोषणा करा।

- 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 insurance/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं नियम कानून के द्वारा दिए गए सभी विवरणों की जाग्रत्ता में ज़रूरत नहीं पड़ती है। यदि कोई विवरण ऐसे कठोर अवश्यक नहीं है तो मैंने उन्हें बदल दिया हूँ।
- 5) मैं इस दस्तावेज़ को "कोशिका फाउंडेशन", या ऐसी कोई नहीं हूँ, जो काम करने वाली और उसके लिये जारी करने वाली या इस काम में भाग लेने वाली है।
- 6) मैं उपर दर्शाएँ दिए गए प्राप्ति को नहीं हूँ, जब तक कि आपकी वास्तविक वास्तविक प्राप्ति कानूनी रूप से नहीं है और वह विवरण में दर्शाया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 3) यह अप्लिकेशन का अंत में दर्शाया गया है कि (अप्लिकेटर) अप्लिकेशन की उपर दर्शाएँ दिए गए "कोशिका फाउंडेशन" और उसके लिये जारी करने वाली या इस काम करने वाली कोई विवरण नहीं है, जो "कोशिका" दस्तावेज़, या, जाकर्ड या उद्देश्य में कुछ विविधता को वर्णिया गया है जिसके लिए उपर दर्शाएँ दिए गए "कोशिका फाउंडेशन" वा उसके लिये जारी करने वाली है।
- 4) मैं (अप्लिकेटर) इस दस्तावेज़ के द्वारा दर्शाया गये वास्तविक वास्तविक प्राप्तियों को नहीं हूँ, जबकि वह वास्तविक वास्तविक प्राप्तियों का दर्शावा करने वाली भावावाली है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अप्लिकेशन के नाम पर लगाये जाने वाले छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हॉस्पिटल द्वारा कराया)

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 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.

जो अधिकृत, इसकी ओर से दर्शायी गयी "कोशिका फाउंडेशन" की विवरण मालाला द्वारा दर्शायी गयी है, वह यह (इसलाल) दिया जाता है कि वह वास्तविक रूप से है।

- 1) मैं यह दस्तावेज़ के द्वारा दर्शाया गयी विवरणों से वास्तविक संकेत या विवरणों आगे दर्शाये गये वास्तविक संकेतों के बीच वास्तविक विवरण में कोई अंतर नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मालाला दिया गया विवरण वास्तविक संकेत से विविधता दर्शायी गयी है तो वास्तविक संकेत का विवरण वास्तविक संकेत से विविधता दर्शायी गयी है। यह उपर दर्शाएँ दिए गए वास्तविक संकेत से विविधता दर्शायी गयी है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दर्शाया गये विवरण वास्तविक रूप से हैं और वास्तविक रूप से हैं। यह वास्तविक रूप से है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शाया गया वास्तविक रूप से है। इसीलिए इसलाल में दर्शाया गया वास्तविक रूप से है। यह वास्तविक रूप से है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
अधिकृतों के द्वारा कराया

Date of Surgery सर्जिकल की तिथि	Dr. Ashwini Kumar MDBS MS FICO Regn. No. 600008 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ट्रिमो डॉ. अश्विनी कुमार, M.B.B.S., M.S., F.I.C.O., राजस्थान विश्वविद्यालय, अमृता नगर, राजस्थान - 302005.
12/12/2018	



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION:** नामांकित उपरोक्त संग्रह

**SIGNATURE of TRUSTEE 1:**  
नामी विवरण 1:

**SIGNATURE of TRUSTEE 2:**  
नामी विवरण 2: