

C18|12|0315

**Koshika**  
foundation  
Building blocks of life



Photo Posttop

(0930) Meena

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION NO.: रजिस्ट्रेशन नंबर : V/12/18/0930	APPLICATION DATE: मार्ग दिन 13.12.18	AGE-YEARS: ४८	SEX: F	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम : Meena				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : Dr. Ajmeri				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम : H.No - 60/103, Sector 1 Khwaja				
DISTRICT : Agra, U.P., 282001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति जन्मस्थान का नाम : Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय : House wife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कुल आय : NA	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न) NA			
PAN No. संसदीय लाइसेंस नंबर :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) आप जन्म आय कर रहे हैं? (जो कानून के अन्तर्गत आपका विवरण लाभार्थी)	Yes / No हाँ / नहीं ✓			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वार्षिक वयस्सा	Gender लिंग	Relationship with Applicant अप्पेलेट के लिए सम्बन्ध
1.	Lafifat	53	M	Husband
2.	Sonaz	20	F	Daughter
3.	Sawana	25	F	Daughter
4.	Sabreen	20	F	Daughter
5.	Salma	17	F	Daughter
6.	Saiya	14	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन के लिए चिन्ह लगाएं				
BPL Card (Attach Card Copy) जनीनी रोज़ के नीचे प्रधान पर (प्रधान पर की ओर लिखी जाना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनीनी रोज़ के नीचे प्रधान पर (प्रधान पर की ओर लिखी जाना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) जनीनी रोज़ के नीचे प्रधान पर (प्रधान पर की ओर लिखी जाना चाहिए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गए विवरों का वर्णन:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डिलिवरी सूची संलग्न			
	RF - IMAC			
	IE - IMAC			
	Surgery - (RE) SIC + TDL			
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया मात्रा		
1.	SCDFI			

**DECLARATION by APPLICANT:** नीचे द्वारा लिखा गया जाता है:

- 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.
- 4) मैं प्रकाश कानून के अनुसार इस आवेदन के लिए मेरी जाति वर्गीकरण के अनुसार मेरी जाति है। यह कोई विवरण या अन्य विवरण या जाति है जो मेरी सहायता के लिए लिखा गया है।
- 5) मैं जो आवेदन की "उद्दीपन प्रक्रिया", जो यही है, उसका उपयोग कोई उद्दीपन की तृप्ति ने नहीं लिया गया है, जो इस आवेदन के लिए लिखा गया है।
- 6) मैं युवा वर्ग के लिए सहायता देने का अधिकारी हूँ, जो यही वर्ग के लिए लिखा गया है। यह प्रक्रिया विवरण के अनुसार अप्रैल 2018 को अपनी जन्मदिन से शुरू हो चुकी है। जो यही वर्ग के लिए लिखा गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (लिखा गया जाता है)**

- 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) मैं इस वर्ग का अधिकारी हूँ, जो आवेदन के लिए लिखा गया है। (आवेदन) मेरे सम्मिलित कोई युवा वर्ग का लिए "उद्दीपन प्रक्रिया" की अपेक्षा जाति है जो यही वर्ग के लिए लिखा गया है, जो यही वर्ग के लिए "उद्दीपन प्रक्रिया" का उपयोग करने वाले उपर्युक्त वर्ग के लिए लिखा गया है, जो यही वर्ग के लिए "उद्दीपन प्रक्रिया" का उपयोग करने वाले उपर्युक्त वर्ग के लिए लिखा गया है।
- 4) मैं (आवेदन) को यही वर्ग के लिए लिखा गया है। यह वर्ग के लिए "उद्दीपन प्रक्रिया" का उपयोग करने वाले उपर्युक्त वर्ग के लिए लिखा गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अधिकारी के नामकरण का लिखा गया वर्ग

**AGREEMENT by HOSPITAL (एकाधिक जाता है)**

- 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.
  - 3) इसी अधिकारी, जातिकोटि को लिए लिखा गया है कि "उद्दीपन प्रक्रिया" के लिए सहायता देने विवरण को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) लिए जाता है जबकि वर्ग के लिए लिखा गया है।
  - 4) यह जिन ही वर्गों के ही वर्गीकरण में लिखा गया है कि जातिकोटि को लिए जब जाति है जब उपर्युक्त वर्गों में जाति है यह है। जिसे हम "उद्दीपन प्रक्रिया" के लिए लिखा गया है। यह वर्ग के ही वर्गीकरण में लिखा गया है। यही "उद्दीपन प्रक्रिया" हाँ जाता है। जिसे हम अपने अधिकारी को लिखा गया है। यह वर्ग के ही वर्गीकरण में लिखा गया है। यही वर्ग के ही वर्गीकरण में लिखा गया है। यही वर्ग के ही वर्गीकरण में लिखा गया है।
  - 5) "उद्दीपन प्रक्रिया" में भी यही जातिकोटि को लिखा गया है। यही जातिकोटि को लिखा गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकारी को लिए जाता है



(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
जाति को लिखा गया अधिकारी की जाति

Date of Surgery अधिकारी को लिखा गया 14/12/2018	DR. ASHWINI KUMARI MBBS MS FICO Reg. No. 56025 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) काला कोड के अनुसार वर्ग के लिए जाति	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अधिकारी को लिए जाता है
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम लिखा गया।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम लिखा गया।