

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: 5/1218/3182 (1602/18)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/12/18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Akeedan  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष  
47

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: A. Kharudolin  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

44, Jasola Vihar, Kshila New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: Housewife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 75,000/- (Family Income)  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. रखाई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उसे पर सही ढंग से चिह्नित करें)

Yes/No  
हां/नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Sultan                                          | 25                         | M              | Son                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
संयोजी रक्षा 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)  
उपभोगिता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य

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

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न

Sr. No.  
क्रम संख्या

Diagnose: PE Chest X-ray

Serum: RE Phaco + 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.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
कौन सा सहायता राशि

Nil

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने प्राप्त किया हुआ यह प्रशिक्षण नहीं दे, उस राशि का अतिरिक्त या उचित हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाँधने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् नामों, रूप, चरित्र/रूप इत्यादि उद्देश्य से लुप्त गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी ज्ञान के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

अवेदक

(Attestation)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझे/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरित अतिरिक्त/उत्तरल हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैसर्गिक रोगी या किसी अन्य संस्था/पत्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल रोगी/रोगी के लिये उक्त रोगी/रोगी के लिये और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विवरण गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्यक्ष सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

10/12/18

Dr. Shubho Mohita  
DMC No. 64798Name of Doctor/Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छापDr. V.P. Thakral  
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Medical Superintendent  
SHROFF EYE CLINIC  
A-9, Kailash Colony  
New Delhi-110048  
हस्ताक्षर और छाप**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

S. S. S.