

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: F/1224/327 (680/24)  
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 26/12/24  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Mr. Kal Uthar  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shankar Lal  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

502 Ali Vihar Sarita Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1.50 Lacs (Family Income)  
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रणार्थ खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| ①                      | Rakhpal                                           | 38                         | M              | Son                                           |
| ②                      | Jalpal                                            | 35                         | M              | M                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टिपत्र सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Dingl- RE Cataract                                                                               |
|                        | Susi- RE Phaco + 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        | NIL                                       |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 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 सहायक निधि को न मिलनी है।
- (2) मेरे द्वारा जो सहायता यशिका "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अग्रिम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

**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 it's Trustees to use/publish/post-uproduce 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/ach-eyments. 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.

- 21) (Applicant) further agrees 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 जट्टे को छात्र सहायक, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फोटो, पता और या विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, दान, यन्त्रजया द्वारा उद्देश्य से नुदा गतिविधियों और उल्लेखियों के लिये किसी भी प्रकार पाठ्य से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्ती अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रशिक्षण है नुदा स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक से हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

काही चरक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे आँखों, हस्ताक्षरों की ओर से मांगते-देते को "कोशिका ग्राह्यकरण" से विविध स्थायक रूप सिद्धांत की जाती है। जिसे रूप (हम्यता) निम्न प्रकार से मान्य न दर्शाया करते हैं।

- 1) यह कि न तो सहायता और न ही भाषिण्य में जिनके सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाएंगे/प्राप्तें में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफाएरिशिविडेंट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मध्य हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिविदाई आशिक/सम्बन्ध हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो सम्बन्धन किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/प्राप्तें हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेते गये सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गये सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारों रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारों इस मयमें में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

2.6/12/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डा. अश्विनी चक्रवर्ती

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
Dr. Rohit Harrison  
Chief Administrative Officer  
हॉस्पिटल अधिका अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

द्वान्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2

Rich