

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: **S10123/297 (683/22)** APPLICATION DATE: **10/01/28**

आवेदन संख्या :

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम
Mrs Jaya Palki

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुष का नाम
Khali Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बरेमान आवासीय पता
99, Zamrudpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above

OCCUPATION: **h/w**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

बुल वार्षिक आय

Rs. 2.00 Lacs (Family Income)

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

PAN No. स्थाई स्थान संख्या →

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):
ज्ञा. आय आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर सही का निशान लगाये)

Yes **No**
नाही / 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) Shivani		48	M	Son
(2) Satyajit		45	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थग प्रीति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यं आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थग प्रीति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) ट्रप्पोक्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थग प्रीति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई और विवेदन मुद्रों संलग्न

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

MIT

Koshika
foundation

building block of life



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोषण प्राप्त:

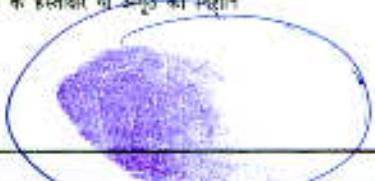
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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.
- I मैं सोशल काला हूं कि इस प्राप्ति मेरे लिये ज्यादा विवरण मेरी जानकारी के अनुमति साथ पूर्ण महो है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निम्न की जा सकती है।
- मेरे हाथों जो सहायता याही "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- मैं पुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति को चाहूं है, उस लिए कि जारी का अधिकार पा सकत हिस्सा किसी अन्य सोशल/निवेशक/बीम कामगारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लौगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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.
- 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.
- इस प्रपत्र या अपने हस्ताक्षर की स्थापना की गयी विवरण मेरे लिये ज्यादा याही है कि अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पाता, घोटां और जो विवरण इस प्राप्ति में योग्यता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, यात्राएँ दूसरे उद्देश्य से लुढ़ी गयी रिकॉर्ड्स और उचलायी जाएं के लिये किसी भी प्रसार या व्याप्ति में इस्तमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के लिये या बदले में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूं कि मेरा नाम, पाता, घोटां और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है गुण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस साथ में "कोशिका" एवं उसके न्यासी जारी का लियाया जाएगा और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या झौम्हे का दिलान



RTE of pt.

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यात्राएँ/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विप्राप्ति की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान व खीकार देते हैं।

- यह कि न ले चलना और न ही भविष्य में वित्ती सहायता किसी भी भारकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से उठने रोगी/यात्रियों में लौंगे जा ले जाए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीर्थिकानी उठा कर साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ती जारी करना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी रोगी या यात्री अन्य स्वास्थ्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उठाने रोगी/यात्रियों देता है जिसी गैर सकारी संस्था या किसी अन्य स्वास्थ्य से नहीं होनावाली।

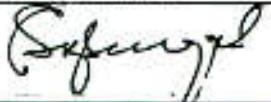
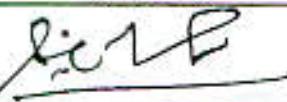
- "कोशिका फाउंडेशन" से जी गई सहायता के बारे विविध प्रकृति जो है। योगी पर हस्पताल द्वारा दी गई स्लाइड या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देने वाले इस प्रत्यापत्ति के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी द्वारा कोई दबाव नहीं है। इसात्मेहस्पताल में देखी के इतान सुना और अने जाने की यारी लियावारी गयी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणीय इस प्रयत्न में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगरेजी की तरीख: 10/01/22	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोगी, न.	Dr. Rohit Harrison Chief Administrative Officer Shroff (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

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