

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: S/0323/347 (656/22)

APPLICATION DATE: 28/3/23

आवेदन संख्या:

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

George

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Meelay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता

2-15, Shri Durga Vihar, Lakshmi Puri, Faridabad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

As Above



OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 100,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर चुकाते 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| ①                      | Baby                                              | 60                         | F              | wife                                            |
| ②                      | Shammi                                            | 54                         | M              | Son                                             |
| ③                      | Lucky                                             | 35                         | M              | "                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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 किसे मने विवरी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Digni- RE Cataract                                                                           |
|                        | Suri- RE Phaco. IOL                                                                          |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है या नहीं?

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

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 Kushiya 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 शीघ्रता के साथ यह प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो मेरी यह प्रमाण पत्र को वापस ले लिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" के रूप में बताया गया है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जा सकता है, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेखित है।

3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 it's 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.

1) इस प्रश्न पर अपने इस्तेमाल या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सन्तानों की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका पाठद्वेषन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते, ओंठों और जो विवरण इस प्रश्न में संकेतित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, व्यवसाय इत्यादि उद्देश्य से तुम्हारे परिवर्तित्व और उपलब्धियों को विनियमित भी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठद्वेषन" य न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सन्तुष्ट हूँ कि मेरा नाम, पते, ओंठों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है तुम्हें स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अधीनस्थ और प्रशासनिक सेवाओं का विवरण

Qual

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:

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.

17. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त संयोगिता में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपणन/वितरित उक्त में समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदिर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अधिकृतकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अल्पकाल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पकाल द्वितीय बार तबत योग्य/व्ययन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोरिमा काउन्टेशन" से तात्पर्य सहायक केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी या हस्ताक्षर हुए दो या बालक या बच्चे को उपचार/उद्दिष्ट का सुनिश्चनी एवं आपतन को बीच का विषय है और "कोरिमा काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में सेने के इलाज सुरक्षा और उसे जाने की सभी विधियों सेने एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोरिमा" को कोई पनिषा का विधायी इस चरण में नहीं होगी।

### रखौकृती के लिए संस्थापित

28/3/23

(Name of Dr. & Regd. Name of Centre)  
डाक्टर का नाम व दर्जित केन्द्र का नाम

Dr. Rohit Harrison  
Chief Administrative Officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

Rich