

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 5/0622/070 (276/22) APPLICATION DATE : 04/06/22  
आवेदन संख्या ; आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs. Sumita 45/F AGE-YEARS : 45 SEX : F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Raj Kumar  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gali No-7 Kichdipus Dalhe

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : h/w  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.00 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो प्रायः हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No  
हां / 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 संबंध
1	Raj Kumar	49	M	Husband
2	Roshni	25	F	Daughter
3	Sneha	19	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: LE Cataract
	Sus: LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये गये अन्य स्रोत से लिख गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौ गई सहायता राशि
NIL		

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

- 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
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गैरवास्तविक एवं काल्पनिक कथन प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए किसी भी प्रकार की सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह धरने का कोई भी विकल्प नहीं चुना है। अन्य किसी भी प्रकार की सहायता के लिए मैंने अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं मांगी है और नहीं मांगने का इरादा है।

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

- f) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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
- g) 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमत होने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। मेरे प्रश्न का निराकरण हेतु इलाज के परते का खर्च करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। मेरे प्रश्न का निराकरण हेतु इलाज के परते का खर्च करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Sunita*

*Dr. G*

**AGREEMENT by HOSPITAL (इलाज करने वाले द्वारा करार)**

- 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:
- 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 अधिकारी के अंगूठे या हस्ताक्षर के द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (इलाज करने वाले) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
 1) यदि हमें या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता नहीं रहेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए आवश्यक है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इलाज के परते का खर्च करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी। इलाज के परते का खर्च करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>[Signature]</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	<i>[Signature]</i> Dr. Vandana Gupta Medical Superintendent of Hospital Shroff A-9, Kalindi Colony, New Delhi-110043
------------------------------------	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>