

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0622/071 (312/22) APPLICATION DATE: 04/06/22  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr Ram Lal Bhat AGE-YEARS: 49/M SEX: M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

E/1/1770, Sangam Vihar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: Peon  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 Lacs  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) ...  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या: --

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ)  No (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)	Laxmi	45	F	Wife
(2)	Rahul	23	M	Son
(3)	Shruti	22	F	Daughter

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
सहायता हेतु किसे कबे निशानों का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Dicog. RE Cadmus
	Sust. RE Phaco + IOL

**ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कबे अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन द्वाारा किये गए:

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद ले रहा हूँ, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (सहमति द्वारा किये गए)**

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 fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर देकर या यहाँ पर हस्ताक्षर करके, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, उसे "कोशिका" एनएम आईडी, नाम, पता/पता द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इसका प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित किये जायेंगे, स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम आईडी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. VJ Ram Lal Bhatt

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किये गए)**

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

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से लेने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनाश/अस्वीकार हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्वीकार किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि अस्वीकार द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की मदद या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही निर्णय किया गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारियाँ इस सम्बन्ध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 04/06/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent on behalf of Hospital) Shrofi A-3, Kailash Colony, New Delhi-110046
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 2
	