

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building Block of life

APPLICATION No: S/0822/145 (242/22)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02/08/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Anisa Banu

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Surajuddin (Brother)

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

K-1, 18/56 Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: H/W

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: —

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन 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 से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये बिन्दुओं का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagn:- LE Cataract                                                                          |
|                        | Sur:- LE Phaco + IOL                                                                         |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

## DECLARATION by APPLICANT: XDCB 514 5078 44

- 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 यह सुनिश्चित करने के लिए इस प्रारूप में निम्न सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी या सोई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करने के लिए इस प्रारूप में निम्न सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DUTY # 01)

- 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 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 पर अपने उत्तराक्षर या छोटी बड़े छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्ड स्वामी, दाय, कर्ता/या दूसरे उद्देश्य से मुझे सौंप/विपणन और उपलब्धियों के लिये किसी किसी भी प्रकार सम्भव से प्रयत्नित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उसके स्वामीयों का विशेष अधिकार और बाधकताओं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अध्यक्ष: श्री. राजेश कुमार शर्मा, अध्यक्ष, अखिल भारतीय भारतीय विद्यार्थी संघ

انمیس

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्ण)**

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 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.

उपरोक्त अधिनियम, दस्तावेज़ों की ओर से सामग्री-लेखों को "कारिगार पाठ्यपुस्तक" से विभिन्न संस्करणों में विभाजित की जाती है, जिसे हम (दृश्यमान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवेदन और न ही अधिष्ठान में किसी सहायक किसी भी सरकारी संवेदन या किसी अन्य स्त्रोत से इकट्ठा होगी/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यदेन" में लिखा/लिखित। इस के सम्मर्थ में "कोशिका पाठ्यदेन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यदेन" द्वारा सहायक विधि आशिक/सकल हेतु प्रत्यु नही किया जाय है तो अन्वयता किसी अन्य भी सरकारी स्त्रोत या किसी अन्य प्रत्यापन से प्राप्तता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्वयता द्वितीय बार इस होगी/पावले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत में जो लेगा/लेंगे।
2. "कोशिका पाठ्यदेन" से तो यह सहायक कोशिका विधि प्रकृति की है। रोने या हस्तगत द्वारा ही यह सहायक या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यु होगी एवं प्रत्युता को बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यदेन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नही है। इसलिए हस्तगत में रोने के प्रत्यु सुरक्षा और जाने जाने को साथे विन्मोदों रोने एवं प्रत्युता को होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विन्मोदों प्रत्युता में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

02/08/22

Dr. Shubha Mehta  
DMC No. 84798  
(Name of Dr. & Regd. By Stamp)  
डाक्टर का नाम व पंजीकरण नं. छाप

Dr. Vandana Gupta  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Medical Superintendent)  
Shrotriya Hospital, Gurgaon  
Gurgaon, Haryana

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अथवा १००

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सत्यमेव जयते

Rich