

C20-09-0462

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: A/0920/0017

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19/09/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Mummi

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: Ahmad Nur Khan



Page no. 0017 Post no. Mummi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता: Village - Kalrauda Teh. - Matkhesa

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास का पता: Dist. - Alwar, Rajasthan - 301406

As above

OCCUPATION व्यवसाय: Home maker

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 47000/- (family) NA

(Attach Proof of Income) (आप का सत्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): 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)	Ahmad Nur Khan	68	M	husband
(2)	Jakir	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्ने विधि अपा

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्ने मने बिना का उद्देश्य:

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE-IMSC LE-IMSC
2.	Surgery - LE-SICS+IOL

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 जो गई सहायता राशि
	NIL	


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

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विलम्ब को जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से स्थापना करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु पर प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का वापस या सफल हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में लूंगा।

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

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायोपालियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपालियों, पत्र, पत्रकारिता एवं अन्य माध्यमों से लोगों को सूचित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रयोग के माध्यम से प्राप्त की गई जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपालियों के लिये प्रसारित किया जा सकता है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोपालियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

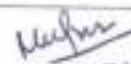



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.
  - 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर को जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से उक्त रोगी/रोगियों में से नहीं लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसब किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रारूप में सच कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के माध्यम से किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं मांगी जाती।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय सहायता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या वित्तीय सहायता/सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में रोगी को सहायता सुरक्षित और अपने अपने को सही दिग्दर्शनी देनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
19/9/2020

  
**Dr. NUPUR GUPTA**  
 (Name of Dr. & Designation with Stamp)  
 हस्ताक्षर का नाम व पद (हस्ताक्षर के साथ स्टैम्प)  
 Reg. No. DMCI06622

  
**C. MASSEY**  
 Administrator  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम, पद एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोपालक 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोपालक 2  
