

MR. No. - C-20-09-0600

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

  
Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : A/0320/0028 APPLICATION DATE: 24/09/2020 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Vimta AGE-YEARS आयु-वर्ष 57 SEX लिंग F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता Village - Tapukada, Teh. - Tizara,

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301707

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

as above

OCCUPATION व्यवसाय Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 55,000/- (family) NA

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes (हाँ)   
No (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.                     | Sonu  | 35                         | M              | SON   |
| 2.                     | Manoj   | 32                         | M              | SON   |
| 3.                     | Devdendra   | 28                         | M              | SON   |
| 4.                     | Amit  | 25                         | M              | SON   |

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

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

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गर्व विस्तार का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | Diagnosis — RE-IMSC<br>LE-MSC  |
| 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 मिल चुकी है?

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



Pre op. 0028 Post-op. Vimta

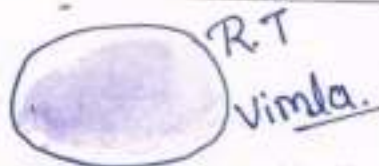
**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस धर्म का अधिक या सबल किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या जो लिया है और 1 ही भविष्य में नहीं।

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

- 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.
  - 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, पत्र, वाचनालय द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने हेतु उपयोग हेतु प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के परतले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पुत्रे स्वतः सहायता का इच्छुक नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

  
R.T. Vimala.

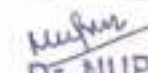
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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:
- 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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ते हुए सहायता हेतु सिफारिश को सही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विधि सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता हेतु सहायता संस्थान से नहीं लेने/लेती।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही निर्णयों रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

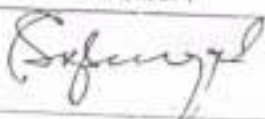
Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
24/09/2020

  
Dr. NUPUR GUPTA  
(Name of Dr. Authorised Signatory)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर  
Reg. No. DMCA06622

  
Dr. MASSEY  
Administrator  
Hospital, Alwar  
(Name, Designation & Name of Authorised Signatory)  
Dr. Shreshth Gupta  
हस्ताक्षर व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामो हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामो हस्ताक्षर 2

