

Del-G-25-08-5885

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : C/0925/0064

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 9-9-25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Rachma Sharma.

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

Female.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Rahul Sharma

पिता/कर्म का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gurgaon, Haryana, Raysthan, 301114

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above.

OCCUPATION : Home Maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3,20,000 (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): NA

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. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
①	Rahul Sharma	41	Male	Husband
②	Nidhi Sharma	15	Female	Daughter 1
③	Saloni Sharma	13	Female	Daughter 2
④	Purvi Sharma	10	Female	Daughter 3
⑤	Ekta Sharma	5	Female	Daughter 4

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE-WNL
	LE - Infectious Keratitis
	Surgery LE - TPK

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NIL	



Pre

Post

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवर्ण्य को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

रेपना. 2 भाँ

(Self

2. "कोशिका फाटनेशन" से तो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

9-9-25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्तग्राह्य अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRU

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2