# Del-6-25-08-5885

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप

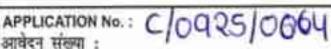
(Healthcare)

(स्वास्थय देखभाल)



Building black of life.

flost



NAME OF APPLICANT: Rachma Shanma.

आवेदन तिथी

APPLICATION DATE: Q-Q-25

AGE-YEARS आय-वर्ष

40

Femali

SEX लिंग

FATHER'SISPOUSE'S NAME: Rahul Sharma पिता/कट्म्भ का नाम

आवेदक का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान नावासीय पता

Bluggn Raistham Conductod

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Samu

Above

Ru

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

OCCUPATION: HOME व्यवसाय

कुल वार्षिक आय

Maken

TOTAL ANNUAL INCOME: 3, 20, ODD (Formily Income)

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

PAN No. स्वाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): NA क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

Yes / No हा / नहीं

		FAMILY DETAILS TRAIT THE TOTAL PROPERTY OF THE PARTY OF T			
Sr. No. ऋम् संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applican आवेदक के साथ सम्बंध	
0	Rahul Sharima	Ч	Mau	Husband	
0	Nidhi Shanma	15	Femali	Daughter 1	
<b>3</b>	Salon Sharma	13	Fernau	Daugher 2	
9	Punus Shanma	16	Fernali	Daugher 3	
(5)	Ekta Shaama	5	Female	Daughter 4	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।

**EWS Certificate** (Attach Certificate Copy)

अस्य आय वर्ग प्रमाण एव प्रमाण पत्र की साया प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साया प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः

Sr. No. कम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE-WNL

LC - Intectious Kunatitic

SUNGPIU IF- TPK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? "-

NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी क्रम संख्या

# DECLARATION by APPLICANT: आयेट्क 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,

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

- 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.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवें गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कचन असत्य पावा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो स्निया है और न ही भविष्य में लूँगा।

### 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 is this regard will be final and acceptable to me.

 इस प्रपत्र पर अपने इस्ताखर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, पाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी घी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का थियरण मेरे इलाज के पहले वा बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउवेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

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

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताहर वा अंगुठे का निशान

2-971. 21/

Self

#### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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, इस्ताधरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाठ-डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाठन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नही किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृथ्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/पामले हेतु किसी पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्रेशल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की मारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

#### की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Eye Back in **Date of Surgery** TOR INTERNAL PROPERTY OF THE P ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्मताल अधिकृत अधिकारी SIGNATURE of TRUSTER PLANT CONTINUE OF TRUST ञान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2