

C1770/06/18

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0618/0086 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 27/06/18

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Rajbiri AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम Ramdu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Sivali, Tehsil - Basant

District - Baghpat, Uttar Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- as above -

Preop  
0086Postop  
Rajbiri

OCCUPATION: व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 50,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | Devedar                                           | 36                         | M              | SON                                           |
|                        | Tina                                              |                            |                | Daughter's Married                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

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

सहायता के लिये विनति आधार

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

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - PE - T.M.C<br>LE - Matrat                                                        |
| 2.                     | Surgery - LE - ECCE + TOL                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया 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 |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | Vrao                                      |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण यही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक माना जाता है तो मेरी साक्ष्य निरस्त हो जा सकती है।

2) मैंने इस को स्थापित राशि "बॉसिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, जिसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साक्ष्य के वह आरोप को सच है, उस एजेंट का आधिकारिक या सार्वजनिक रूप से किसी अन्य को/विशेषज्ञ/बोर्ड/सामग्री से पता चला है और न ही संभव है।

**AGREEMENT by APPLICANT** (အသိပေးခြင်း)

- 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 to 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 fulfillment 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 हाथका या जंगले की छाप लगाकर, मैं (अक्षरेक) अपनी सत्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्स न्यासी, राज, वाक्यान्वय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रमोडित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवलोक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा धर्म, धन, पोटो और विषय जो कि सहायता के इर्दरिर्द में प्रविष्ट है पूरी स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाया। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एकात्मिक न्यायियों 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 Authorized 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. 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 जीवनकृत, इन्द्रधनु की ओर से मारपीतों को "क्रॉसिंग गार्डनर" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) दिन प्रकाश से मान्य व सौकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्यता या न तो परिधि में द्वितीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रंगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसा कि हमने “कोसिका फाउन्डेशन” से सिफ्टी/डाक्यूमेंट उक्त के सम्बंध में “कोसिका फाउन्डेशन” द्वारा मरद हेतु कि है। यदि “कोसिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता मिलति अर्थिक/सहायन हेतु मन्तुर् मही किया जात है तो अन्त्यतः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अन्त्यतः द्वितीय मरद उक्त रंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से तो यह प्रणाली अंततः विविध प्रकृति की है। रोगों का हस्तगत द्वारा ही यह सातह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत में बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई रणधन नहीं है। इसलिये हस्तगत में रोगी को प्रत्यक्ष सुरक्षा और जाने जाने की सटी विम्वेकाली रोगी एवं हस्तगत को रोगी और "कोशिका" की कोई प्रीमिया या विम्वेकाली इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थीकृती के लिए संसृति

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

$$28 \overline{) 618}$$

DR. WANGCHUK DORJA

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Value of Dr. & Regn. No. with Stamp]

1/3/2022 11:58 AM

TANUJA JOSHI

**Managing Director**

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

युग्म व स्र इत्युक्तं अधिकृतं अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्लाम १

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायों हस्ताक्षर 2

Rich