

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0818/211 (1172/18) APPLICATION DATE: 2018/18  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MEENA DEVI AGE-YEARS 50 SEX F  
आवेदक का नाम उम्र वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: Late Ganesh Prasad  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1357, Laxmi Nagar New Delhi  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: NE HUDA  
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Lives with Daughter) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. Blank ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगाएं) Yes (No) हाँ / नाँ

| 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                           | Pinki   | 32                         | F              | Daughter  |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवृति आधार                |   |   |  |
|---|---|---|--|
| DPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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 किये गये निम्नो का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagn. RE Cataract   |
|                        | Surg. RE Phacoemul   |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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 |
|------------------------|---|---|
|                        | <u>NIL</u>                                |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

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

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे लेना नहीं करूँगा और न ही किसी भी अन्य स्रोत से राशि लेना होगा।

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

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लूयमेंट, दान, वसुधादान आदि माध्यमों से जुड़ी विज्ञापितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लूयमेंट त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और अविरोध करने वाला होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)**

- 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. 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उका लेनी/पावते में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विज्ञापित उका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो आपसगत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उका लेनी/पावते हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी/पावते।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के प्रदान सुझाव और अपने अपने ही अंगूठे/हस्ताक्षर की छाप और "कोशिका" की ओर से सिफारिश या सिफारिशों का प्रदान हेतु ही किया जायेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Date of Surgery<br/>आपरेसन की तारीख</p> <p>20-8-18</p> | <p><i>Vinita Jain</i><br/>Dr. Vinita Jain<br/>(Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp)<br/>लक्ष्मी कौशिक डेन्टल क्लिनिक, 3 गेट 3<br/>सिटी एडवेंचर्स</p> | <p><i>Dr. V.P. Thakral</i><br/>Dr. V.P. Thakral<br/>Medical Director &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>SHROFF EYE CENTRE<br/>(Name of Hospital)<br/>A-9, Kailash Nagar<br/>New Delhi-110 045<br/>अनारक उपचार केंद्र</p> |
|---|--|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|   |   |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|---|---|