

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता डेटु आवंदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION No.:  
आवंदन नं.  
1218/0853

APPLICATION DATE:  
मार्ग दिन  
04/12/2013

NAME of APPLICANT:  
राजकी का नाम  
Pushpa

AGE-YEARS वय-वर्ष  
58  
SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृ/स्त्री का नाम  
D/o - Sarwan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : स्वास्थ्य सेवा का पास  
Chawla Bhayya, 191a

DATE - AUGUST, 2013 - 2013/08/24

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वास्थ्य सेवा का पास  
Same as above

OCCUPATION:  
प्राकृतिक

Housewife

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक वापर  
NA

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

(Attach Proof of Income)  
(वापर का सापेक्ष संदर्भ) NA

PAN No.: स्वास्थ्य सेवा का संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
मास का वापर का वापर है (जो वापर हो तब वापर का विवाह संभव)

Yes / No  
हाँ / नहीं



**FAMILY DETAILS** सम्पर्क विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>सम्पर्क के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>सम्पर्क के सम्पर्क से सम्बन्ध |
|------------------------|--|--------------------------|----------------|--|
| 1.                     | Husband & Son                                      | 62                       | M              | Husband  |
| 2.                     | Tarun  | 30                       | M              | Son  |
| 3.                     | Twinkle  | 24                       | M              | Son  |
| 4.                     | Ajney  | 21                       | M              | Son  |

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
मास का विवाह संभव

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सरकारी डेक्क वाले प्राप्ति का वापर<br>(इसका वापर को सापेक्ष संदर्भ में) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>मास का वापर का<br>(इसका वापर को सापेक्ष संदर्भ में) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>राशन कार्ड<br>(इसका वापर को सापेक्ष संदर्भ में) | Any Other<br>Basis/Proof<br>मास के वापर का उद्देश्य: |
|---|---|---|--|
|   |   |   |  |

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

मास का विवाह संभव का उद्देश्य:

|                        |   |
|------------------------|---|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयोग/टेलर से जारी की गई अधिकारी सूची संलग्न |
|                        | KC - F.P.   |
|                        | TE - T.M.C.   |
|                        | Surgeon - ( ) SICAI - E.O.L.  |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के लिए कोई और सापेक्ष विवाह संभव के लिए वापर है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>आप से वापर का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>वापर का सापेक्ष वापर |
|------------------------|---|--|
| 1.                     | S.C.E.H.                                  |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

**Koshika**  
Foundation  
Building Block of Life



Preop Postop  
(0853)Pushpa

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन क्रम पात्रता नी.

- 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 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.
- 4) मैं अपने काम के लिए जो भी सहायता के बजुल घर रख रखता हूँ वो, उसके लिए इस काम के लिए जो भी सहायता की जगह नहीं है।
- 5) मैं इस काम के लिए जो भी सहायता की जगह नहीं है, उसका उपयोग वो नहीं हो सकता है जो इस काम के लिए जगह नहीं है।
- 6) मैं अपने काम के लिए जो भी सहायता की जगह नहीं है, उसका उपयोग वो नहीं हो सकता है जो इस काम के लिए जगह नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** आवेदन कर्ता

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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.
- 3) मैं अपने काम के लिए इसका योगदान वो भी जान सकता हूँ कि (अधिकारी) अपने जानी को चुप रखा हूँ कि "कोशिका आयोजन की सहायता की जगह नहीं है" वो अपने काम के लिए जो भी सहायता की जगह नहीं है, जो "कोशिका" का नाम, लोगो, शब्द, चर्चाएँ या इसके लौटे वाक्यों के लिए गोपनीयता वो सहायता की जगह नहीं है।
- 4) मैं (अधिकारी) इस काम के लिए जो भी सहायता की जगह नहीं है, वो भी इसका जो भी उपयोग वो जारी करने के लिए, "कोशिका आयोजन" के नामी अधिकृत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
नीचे लिखने की जगह या अधिकृत करने की जगह

**AGREEMENT by HOSPITAL:** अस्पताल का अधिकृत

- By affixing his/hersunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this claim/amount 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 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.
  - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/principle 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 this regard.
  - 3) अपने अधिकृत, अधिकारी की जान से जासूसी करने की "कोशिका आयोजन" से लिये जाना हुआ विवरण की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्नलिखित में अन्वय करके करते हैं।
  - 4) हम यह तो ही अधिकारी और ही अधिकृत वो लिये जाना विवरण है जो काम की संस्था वो जिसी समें हो सकती है कि इसके "कोशिका आयोजन" के अधिकृतों के बीच वो अस्पताल ने "कोशिका आयोजन" का नाम दिया है। यह "कोशिका आयोजन" का नाम जिसी अधिकृतता की जगह नहीं है, वह जो काम की संस्था वो जिसी जान से जासूसी करने के लिये काम की संस्था की जगह नहीं है। यह योगदान के लिए जासूसी करने की जगह नहीं है।
  - 5) "कोशिका आयोजन" के लिए यह अस्पताल जिसी जगह नहीं है। यही जो अस्पताल इसे नहीं जानता है वो हमारी जगह नहीं है। यही "कोशिका आयोजन" का नाम जिसी अधिकृतता की जगह नहीं है, वह योगदान के लिये जासूसी करने की जगह नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
अधिकृत के लिए संकेतिक

**Dr. Ashwini Kumar**  
MBBS, MS, FRCO  
Reg. No. 66028

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital / Doctor - अस्पताल के लिए नाम, पद व अधिकृत विवरण)

Date of Surgery  
अस्पताल की तिथि  
04/12/2018

(Name of Dr. & Regn. No. & Stamp)  
काम का नाम व इमाराह व अधिकृत



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इकाई 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इकाई 2