

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 810719/165 (1322/19)		APPLICATION DATE: 23/7/19		
NAME of APPLICANT: Mr. JAMIL		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Thakur		44	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 5/53, Gandhi Camp, Shalimar, Noida				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above				
OCCUPATION: Fruit Seller		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1-80 Lacs		(Attach Proof of Income)		
PAN No. 810719/165		(अपना कोई साक्ष्य)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हा/नहीं				
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Soni	42	F	Wife
2	Shadab	21	M	Son
3	Shubaz	18	M	Son
4	Shoib	15	M	Son
5	Zachary	10	M	Son
6	Chulqacha	13	F	Daughter
7	Alina	6	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु बिने यहाँ किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagn- RE Carcinoma			
2	Stom- RE ECTOPH + 10L			
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 लेई गई सहायता राशि		
1				
2				
3				
4				
5				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असाध्य तथा गलत है तो मेरी सहायता निगम को खारिज कर दी जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए ही उपयोग किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांगे गये हैं।
- 3) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि भविष्य में मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार की रकम प्राप्त कर सकूँ।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से प्रसारित किया जा सकेगा, जिससे कोशिका फाउन्डेशन को धन की सहायता प्राप्त हो सकेगी और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित की जा सकेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, इससे सहायता का हस्तांतरण नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से प्रसारित किया जा सकेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मी जमाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन से मदद मांग रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हम अपने आपसे ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद मांग सकते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता हेतु किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता को मांगने का अधिकार हमारे पास है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए ही उपयोग किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांगे गये हैं। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता का हस्तांतरण नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से प्रसारित किया जा सकेगा।

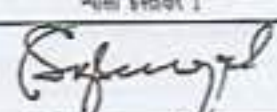
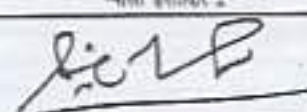
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/7/19	Dr. Shubha Mehta BMC No. 84798 (Signature of DC & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. V.P. Thakral (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SHROFF & SONS A-10/1, 1st Floor, Connaught Place, New Delhi-110 028
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--