

DEL-19-09-5855

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

Del/09/19/0029

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2019-09-27

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sureshwati

AGE-YEARS अनु-वर्ष

59

SEX लिंग

Female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Rampal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jatpura, Bhalgana, Meerut

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता


 Pre Post  
 0029  
 Sureshwati

OCCUPATION :

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Rampal                                            | 65                         | Male           | Husband                                         |
| 2.                     | Delpak                                            | 21                         | Male           | Son                                             |
| 3.                     | Anurushi                                          | 19                         | Male           | Son                                             |
| 4.                     | Prachi                                            | 16                         | Female         | Daughter                                        |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता 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 विवृति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE :- Senile Cataract

L :- Senile Cataract

Surgery :- RE SILS + P.YOL I.A.

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वेष्टे ज्ञानेन चेत्येव यः**

- 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 liability 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन" से सी. ज. रहो है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले 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/schilevements. 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 ढङ्ग पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जितक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस ढङ्ग से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिरफे किसी भी उपाय के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे ढङ्ग का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है उसे स्वतः सहायता का इजाजत नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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:

- (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.

(1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही संस्थान में विहित सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से उक्त रोगी/वायपत में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "भौतिक फायदेनाम" से निषेधित/विहित उक्त के सम्बंध में "भौतिक फायदेनाम" द्वारा जबरन हेतु कि है। यदि "भौतिक फायदेनाम" द्वारा सहायता किसी अधिकार/कारक हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो अवगत किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अवगत द्वितीय मगर उक्त रोगी/वायपत हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

**संस्कृत-संज्ञा**

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

1999

2019.09.28

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

डायरेक्टर का नाम - सुभाषचंद्र खरिह म.

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

नाम व पद: हस्तमाला अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इक्यावर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हनुमन्तर २