

DEL-C-19-11-3626

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : DL/1119/0052  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 20/8/2019  
 आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Vahidan  
 आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69  
 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Yasin  
 पिता/कटुथ का नाम :



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

602/11 TD Grah Colony Sanipat, Sanipat

Haryana - 131001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवासीय पता

same as above

Preop Postop  
 (0052)  
 Vahidan

OCCUPATION : Housemaker  
 व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Nil  
 कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)  
 (आय का सबूत संलग्न) Nil

PAN No. स्थायी खाता संख्या : Nil

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मन्व्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे।) Yes / No हा / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kasim	31	M	son
2	Mamina	33	F	daughter-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE:- PCTOL
	LE:- PBK
	Surgery:- DSAEK (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि
1	JCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत फीर फर)**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का सही है, जहाँ उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किंचित सहायता, जो इस प्रश्न में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को प्राप्त है, उस पत्र या अधिकांश या सहायता प्रदान किसी अन्य प्रोटेजिओबेक/बैंक/कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत फर)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनम् न्यायी, रन, यापक/प्रकाशक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पालने या धन के कले के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस उद्देश्य में "कोशिका" एनम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इत फर)**

- 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 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/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसके अधिपत्र, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से घोषित व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान अधिकांश/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट उक्त बात है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेवे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर इत ही मैं सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा अनुसार और जाने जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी गतिविधि या निम्नलिखित प्रश्न में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख  
15/11/19

Dr. Neha Kapoor  
Regn. No. 32637  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

*[Handwritten Signature]*

*[Handwritten Signature]*