

VRN-C-19-11-2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: V/1020/0061 APPLICATION DATE: 03/10/20
 आवेदन संख्या: V/1020/0061 आवेदन तिथि: 03/10/20

NAME OF APPLICANT: Usha Sarkar AGE YEARS आउ वर्ष: 63 SEX लिंग: F
 आवेदक का नाम: Usha Sarkar

FATHER/SPOUSE'S NAME: Jayishan Mandal
 पिता/सहस्र का नाम: Jayishan Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Near new fly over, Suradhan Mahila Ashra Sadan 2
Chetanya bhari 2, Vrindavan, Distt. Mathura, U.P. 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above



OCCUPATION: Nil (Stay in Vidhua ashram) MARRIED (विवाहित): UNMARRIED (अविवाहित):
 व्यवसाय: Nil (Stay in Vidhua ashram)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण): NA
 कुल वार्षिक आय: NA

PAYING TAX (आई टैक्स भरना) Yes: No
 क्या आप आय कर भर रहे हैं (जी हाँ नहीं तो उस पर सही का चिह्न लगाएँ): हाँ: 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 संबंध
<u>1</u>	<u>Shri. Sunil Kumar</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किनसे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) <u> </u> नवीनो रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <u> </u> एलएन अथवा का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) <u> </u> उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof <u> </u> अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विवरण का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
 अभ्युपचार/दवाखतों के नाम की गई प्रतिलिपि सुवी संलग्न

RE - Scurie Contract

LE - PP

Surgery - (RE) SICS + LAL

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 <u> </u> ले गई सहायता (रशि)
<u>1</u>	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बयान पत्र:

- 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. I will look for reimbursement later.
- 2) I solemnly confirm that assistance I received from Koshika Foundation will be used only for the purpose(s) 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 बयान करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाये तो मैं इसे सही ठहराने के लिए तैयार रहूँगा।
- 2) मैं यहाँ पर बयान करता हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बयान करता हूँ कि मैंने माँगा हुआ कोई पैसा नहीं पाया है, उस पैसा का अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न प्राप्त किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/put-up/propagate 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 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 बात पर मैं अपने अक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" का अधिकार है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस रूप में प्रेषित करें। इसे "कोशिका" एम्प्लूयर्स, डॉक्टर, नर्स, या चिकित्सक द्वारा उपयोग से कुछ परिस्थितियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रतिबंधित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रेषण का विवरण भी इस बात के बिना कि मैंने इस बात से सहमत होकर "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले ली है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायक के अर्थों में प्रेषित करने के लिए "कोशिका" एम्प्लूयर्स, डॉक्टरों, नर्सों, चिकित्सकों को इजाजत है। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लूयर्स, डॉक्टरों, नर्सों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बयान)

- By affixing hereunder's 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.
 - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. No choice of the treatment/procedure to be followed by the Hospital or 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.
- हमारे अधिकृत, इजाजत के अंतर्गत यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि - हमें वर्तमान और - भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक से किसी अन्य स्रोत से न प्राप्त होगी, जहाँ तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त अधिसूचित/संभव न हो सके तो हमें तैयार रहना है कि हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दृष्टि में सच कहना है कि अस्पताल हीमायत करके वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा सकती है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलती है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- किसी भी प्रकार का निर्णय या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने का कोई निर्णय नहीं है। हमारे अस्पताल में रोगी के इलाज सुधारा और अन्य बातों की सही निगरानी होगी। हमें अस्पताल की सुरक्षा और "कोशिका" की कोई भी सुरक्षा या विमर्श हीमायत नहीं करनी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रिकार की तारीख 03/10/20	Dr. ABHISHEK HANU MCI No.-62-35872 Sign: _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इजाजत व तारीख	_____ (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व तारीख हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	