

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
Foundation  
Taking care of the

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/0320/1222	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	02-03-20
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Nihal Singh	AGE YEARS आयु वर्ष	59
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम	Raghu Lal		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
FUSKARH, MATHURAM			
DISTRICT - Hathnagar, U.P. 204213			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
Same as Above			

Present Postup  
(1222) Nihal Singh

OCCUPATION व्यवसाय	Labourer	MARRIED-विवाहित / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	25000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)	NA
PAN No. स्वयं छात्रा संख्या			

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का शर्ता है (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ):Yes: No  
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
1	Shamsh Devi	57	F	Wife
2	Vijay Singh	25	M	Son
3	Sukhvinder	21	M	Son
4	Hansi Maham	18	M	Son
5	Mamvender	14	M	Son
6	Chandhaver	11	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की जगह प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/रिसेप्ट में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - RE 02-05-2020

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 ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा बयान पत्र:

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- मैं योचक करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी यह बयान निरस्त नहीं हो सकती है।
- मैं योचक यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से जी जा रही हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं योचक यहाँ यह भी बयान कर रहा हूँ कि मैंने अभी तक, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य संगठन/निवेशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** आवेदक द्वारा करार:

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use, publish, print, 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायोप, पत्र, पत्रिकाएँ दूसरे उद्देश्य से दृष्टी नतिविधियों और उपाधियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में कर्तव्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोप अधिष्ठा है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Signature)*

**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:

- 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.
- 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.

हस्ताक्षर अधिष्ठा, हस्ताक्षर की ओर से पाण्डित्यवर्गी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से प्राप्त न कर सकेंगे।

1) यह है कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किले के अलावा सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त रोगी/रोगी के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्त अधिष्ठा/सहायता हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रसार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा चलाया जाता है किसे कौन उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया प्रसार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और उचित करने की सभी जिम्मेदारियाँ हस्ताक्षर अधिष्ठा की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI NO.-119-35572

*(Signature)*

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

*(Signature)*  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिष्ठा अधिकारी



Date of Surgery  
 अतिरिक्त की तारीख  
 02/03/20

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 यामी हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 यामी हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*