

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अवेदन संख्या: U/0320/1223 APPLICATION DATE / अवेदन तिथि: 02-03-20

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: Vimla Devi AGE YEARS / आयु वर्ष: 17 SEX / लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुल का नाम: Bahadur Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 73, Saranpur Sahar, Khatola, Sahar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Sahar, DIST- AHMEDNUP, 203105

Same as Above



Preop Postop
 (1223) Vimla Devi

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 18000/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / 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 / आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Mahesh	50	M	Husband
2	Nayank	21	M	Son

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

BPL Card (Attach Copy) / गरीबी रेशा के तौर पर प्रमाण पत्र (सहायता के लिये प्रमाण पत्र संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय श्रेणी का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतीति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतीति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे पत्र विनती का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / प्रमाणपत्र/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (RE) SURSTIOL

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 / जो मदद सहायता पुरी
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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 liable for rejection/ cancellation.
- 2) I solemnly affirm 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 & also not in future, seek or 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 पर सत्यता के साथ सभी विवरण को जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एक कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सत्यता के साथ यह भी सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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 audio, video or e-mail, 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) मैं यहाँ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वार्डन' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण हम प्रथम से धारित है उसे "कोशिका" एवम् 'वार्डन', धन, चिकित्सा हेतु उद्देश्य से कृपया गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उच्च माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ पर विवरण को प्रकाशित करने या चयन करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धारित है, प्रकाशित, सहायता को बढ़ावा देना इत्यादि इस संबंध में "कोशिका" एवम् उनके 'वार्डन' को निर्दिष्ट अधिकार और बख्शकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

- 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 is absolutely stated that the Hospital will not avail of duplicate applications for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only for financial nature. The choice of the treatment/procedure, advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the agreement 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 this matter.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों को धार में पावने-सोने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेंगे या ले सकेंगे, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए उससे सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती आर्थिक सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हिलेन सहायता के रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेसकता।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/मरीज द्वारा ही चयन किया गया है, फंडे एवं उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता सहायता और आने जाने की सारी विवरणों में पूरी पूर्ण सहायता की जाती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं आती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No. 119-35572

Signature

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी



Date of Surgery
अपरेशन का तिथि
02-03-20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(व्यक्ति हस्ताक्षर 1)

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(व्यक्ति हस्ताक्षर 2)

[Signature]