

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **V10320/1226**      APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: **02-03-20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Bhoori Devi**      AGE-YEARS आयु-वर्ष: **61**      SEX लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Karan Singh**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Tareliya, Tareliya, Tareliya, Harampur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Distt- Mathura, D.P. 281205**

**Preop Postop**  
**(1226) Bhoori Devi**

Same as Above

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **28000/-**      (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

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 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) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	Satyraj Kumar	63	M	Husband
2	Omprakash	40	M	Son
3	Arshi	35	F	Daughter in Law
4	Nagesh Kumar	37	M	Son
5	Himanshi	35	F	Daughter in Law
6	Laxmi	12	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / सीबीडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी हुई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	RE - IMSC
	साक्ष्य - (RE) 5255+200

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिखा गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा प्रेषण पर):**

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 termination/revocation.

2) I solemnly confirm that assistance provided from Koshika Foundation will be secondary 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 or arrange, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which the assistance is requested.

1) मैं यथा सत्य हूँ कि इस प्रश्न पत्र में मैंने अपने विषय में सबकी सही जानकारी के अनुसार जवाब एवं छंदों हैं। यदि कोई झूठा बयान देना या सत्य बयान देना तो मेरे स्वास्थ्य विषय में मैं जवाबदायी हूँ।

2) मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने जो "उद्देश्य" कहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए ही करना है। मैंने जो "उद्देश्य" कहा है, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा नहीं करूँगा।

3) मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने जो "उद्देश्य" कहा है, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा प्रेषण):**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, Applicant hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/submit appropriate 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/commitments. 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) 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 यथा सत्य हूँ कि मैंने जो "उद्देश्य" कहा है, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा नहीं करूँगा।

2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रेषित किया जा सकता है। मैंने जो "उद्देश्य" कहा है, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा नहीं करूँगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**  
अर्थक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा प्रेषण):**

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending the 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, we shall in full, over 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 to be adopted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and 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 दस्तावेजों की और से मामलों/रोगियों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों को देने या ले रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" का मतलब है कि हमें। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकतम तक प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा नहीं करूँगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के इलाज/उपचार और उनके नाम की सही जानकारी को हमें और "कोशिका" को देने सुविधा के बिना हमें नहीं करनी।

**Dr. ABHISHEK HINDU** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
MCI No.-09-35572 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery / अर्थक को तारीख: 02-03-20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) / डॉक्टर का नाम व इलाज/उपचार का नंबर

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



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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 / स्वामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 / स्वामी हस्ताक्षर 2

