


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation <small>Building the Future</small>	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <u>V/0380/1233</u>		APPLICATION DATE / आवेदन तारीख: <u>03-03-20</u>		
NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: <u>Mathura Prasad</u>		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <u>66</u>	SEX / लिंग: <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: <u>Ghanshyam</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: <u>Arzoo, Prerna</u>				
DISTRICT / जिला: <u>Distt Azamgarh, U.P. 202009</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास पता: <u>same as above</u>				
OCCUPATION / व्यवसाय: <u>Unemployed</u>			MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा): <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: <u>24000/-</u>			(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): <u>NA</u>	
PAN No. / आई टैक्स संख्या: _____				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (आपको इनमें से किसी का चिह्न लगाएं): Yes / हाँ: <input type="checkbox"/> No / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/>				
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 / आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Savitri</u>	<u>64</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Surendra</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Narenindra</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Ashok</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Usha</u>	<u>37</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
6	<u>Munindra</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>" " "</u>
	<u>Shivendra</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>" " "</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विहित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबों रोज़ के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विषय एवं चिकित्सा का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल-रिपोर्ट व दवायों की गई प्रतिलिपि संलग्न			
	<u>RE- JMSC</u>			
	<u>LE- JMSC</u>			
	<u>Surgery. (RE) SURGICAL</u>			
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 / हो गई सहायता राशि		
1	<u>SCEH</u>			



**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया -1)**

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 immediate 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 particular full, from any other source/employment/insurance company of the amount for which this assistance is requested.  
 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन आरण्य प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्यकाल में मैं किसी भी अन्य स्रोत या पकड़न से किसी भी प्रकार का प्रतिनिधि/व्यवसाय/कम्पनी से सहायता प्राप्त करने से इनकार करता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा किया गया)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/upload/produce 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.  
 2) Applicant further agrees 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् चारों तरफ, सामान्यतया दूसरे उद्देश्य से नुस्ते प्राप्तियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रवर्तित करने के लिए प्रयोग किया जा सके।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रवर्तित है। मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान  


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)**

By affixing signature of our Authorized Signatory for recommending this declaration 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 full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition is essential as 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 in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its diagnosis & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.  
 हमारे अधिकृत एकाधिकारी को और वही घोषणाकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) बिना प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो हमारा और न ही आगे चलते में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में लगे जा रहे हैं, जैसे कि अन्य "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के अलावा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में अस्पताल द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित है।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता का प्रकार है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं रोगी के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। इसीलिए हस्ताक्षर में हमारे द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित और अस्पताल को सारी ज़िम्मेदारियाँ प्रदान की जाती हैं।  
 मैं (हस्ताक्षर) को "कोशिका" को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

**Dr. ABHISHEK HANDA** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 MCI No. 08-35572  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति  
 Sign:   
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 हस्ताक्षर का नाम व इलाका व दिनांक  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी  


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

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> सहकारी हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> सहकारी हस्ताक्षर 2
