

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building a Better India

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V10320/1235

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03-03-26

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Ranveeri Devi

AGE YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

Reda Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill. Jivampur, Jivampur, Jivampur, Jivampur, Jivampur

Distt - Jivampur, Jivampur

Distt - Jivampur, Jivampur, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

Same as Above



Pratap Pratap  
(1235) Ranveeri  
Devi

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

22000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस 'X' मारी 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 आवेदक के साथ संबंध
1	Khajam Singh	68	M	Husband
2	Mahendra	34	M	Son
3	Jyveeri	33	F	Daughter in law
4	Rubita	14	F	Grand Daughter
5	Manya	12	F	" "
6	Baby	08	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनिधि आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्त प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आरक्षण अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्त प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की हस्त प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनिधि का उद्देश्य:

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Family Cardholder
	LE - Family Cardholder
	Surgery - (RE) SICS + ZOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किंतु अन्य स्रोत से लिया गया है।

Sr No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	SCH	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा संभव 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 ineligibility for reimbursement/Donation.
  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 initiate, avail of reimbursement, medical or full/family other group/employer/insurance company, or the any other source for the assistance is requested.
1. मैं संभव करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ कथन अथवा फसल जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  2. मैं यथा सत्यता सौ "कारिका फाउंडेशन" से की जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण से लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
  3. मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कसबला हेल्थ सर्विस को नहीं है, उन सर्विस का अधिक या कसबला किसी अन्य प्रायोजक/कर्मचारी कम्पनी से न को लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/prepare 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. (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.
3. इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने उद्देश्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कारिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ले विवरण इस प्रकार में सौंप है, उसे "कारिका" द्वारा जारी वन, साक्षात्पण तुम्हें उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिते फैलाने को प्रचार साधन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या कार्ड के कल के लिए "कारिका फाउंडेशन" द्वारा अधिकृत है।
  4. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कसबला के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहा; कसबला का हस्ताक्षर नहीं करता। इस हस्ताक्षर में "कारिका" द्वारा उसके गतिविधियों को प्रचारित और प्रदर्शक होगी।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

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 essentially states that the Hospital will not accept 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 health/medical procedure advised/conducted by the Hospital or the patient, is based on the "charge sheet", 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, उदाहरण के लिए से सहायता को "कारिका फाउंडेशन" से विनियमित साधन हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित साधन किसे भी साकरी हस्ताक्षर या निशान अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कारिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त से सहायता में "कारिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कारिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/अवसर हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो असाधन किसे उक्त से साकरी साधन या किसे अन्य सहायता से साधन लेने का अधिकृत प्रतीक उक्त है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असाधन किसे पर उक्त रोगी/रोग हेतु किसे से साकरी साधन या किसे अन्य सहायता से नहीं लया/लेगी।
2. "कारिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता किसे रूप अपना/रोगी का चुनाव होगी एवं हस्ताक्षर को फोटो का संभव है और "कारिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार या कोई प्रदर्शक नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में मेरी को इत्यादि मुझा को आगे जाने की धरो निर्णयदाता को जारी और "कारिका" को कोई प्रचार या विनियमिता इस प्रकार में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. ABHISHEK HANDE  
MCI No. 100-3557E  
[Signature]  
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp  
डॉक्टर का नाम व इलाका के विन. नं.

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



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
[Signature]	[Signature]