

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0320/123B** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09.03.20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Ramvati** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **79** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **Toti Singh**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता:
Wardara, Sheerpur, Tundla
DISTT - Mirzapur, (U.P. 203204)
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थाई आवास का पता:
Same as Above

Proof of ID
(123B) Ramvati

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

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: **19000/-** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न): **NA**

PAN No. / पैन आई डब्ल्यू संख्या: _____ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर के दायरे में हैं (जो मध्य में उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हां / नहीं: **No**

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	Surebati Devi	late	M	Husband
2	Ashwin Singh	47	M	Son
3	Sikha	45	F	Daughter in law
4	Shashi	20	F	Grand Daughter
5	Anshu	17	F	" "

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

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के सदस्यों का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / EWS प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	IE - IMSC
	Surgery - (LE) DISTAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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 (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 recovery/termination.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I solemnly confirm that I have not & will not in future seek/demand/accept, in part or in full, from any other source/employed insurance company, or any amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा सच नहीं है तो इसे अज्ञान विरत भी न समझेंगे।
- 2) मैं इस सहायता को 'कोशिका फाउंडेशन' से ही का रहा हूँ, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु कहीं से भी नहीं हूँ, जो यह कि अधिक या समतल किसी किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न मा लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agrees & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/post/advertise 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/charitable work. 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् जहाँ, कब, कब तक तथा उद्देश्य से मुझे गोपनीयता और सफलता के बिना किसी भी प्रकार परस्पर से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मैं इसमें कहे जाते हैं वह मैं कल के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जहाँ भी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और गम्भीरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 seek 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 requesting 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 share of the financial expenditure are advised/conducted by the Hospital or the patient, as 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत इलाखरी को और से पासपोर्टों को "कोशिका फाउंडेशन" से विनिःसंशय हेतु विचारित को जारी है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से भौतिक/वित्तीय उक्त सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्वीकार की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिःसंशय/स्वीकार नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं स्वीकार करेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही उक्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही उक्त सहायता के लिए हम (हस्पताल/रोगी) का सुचारु रूप से सहायता के लेने का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता है कोई उचित नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज मुल्क और अन्य अने को सही विनिःसंशय रूप से सहायता की जाती है और "कोशिका" को कोई भौतिक या वित्तीय मदद इस मामले में नहीं होती।

Dr. ABHIR SHEK HARJOTI
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. 59-35572
 स्वीकृती के लिए संस्तुति



Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03-03-20	Sign  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाखरी का स्थिति	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व उक्त हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ती इलाखरी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ती इलाखरी 2
	