

C18/08/0150



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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

V/0818/0492

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि : 08/08/08

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम:

Premvati

AGE-YEARS उम्र-वर्ष	60
SEX लिंग	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कपूर्ष का नाम:

D/o - Tula Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पत्ता

Jachonda / Ading  
Distt. Mathura, U.P., 281501

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पत्ता

Same as above



Preop Postop

(0492) Premvati

OCCUPATION:  
अवस्था

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष प्रमाण)

NA

PAN No. स्थाई छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
जब आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें)Yes / No  
हाँ / नहीं

## 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 सम्बन्ध
1	Vallu	50	M	Husband
2	Nemo	27	M	Son
3	Mang Singh	27	M	II
4	Nirodham	21	M	II
5	Gangaram	17	M	II

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवाहित व्यापार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाता प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बीएस एस की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाता प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाता प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई ड्रीतिवेदन सूची संलग्न	
	RF — IIMC	
	LF — PP	
	Surgery — (RE) SIC + TOL	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशी
1	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लाईकेंट द्वारा घोषणा करें।

- 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 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 part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं सहमति करता हूं कि इस प्राप्ति में विवरण में जनकारी के अनुचित या एवं गलत हो नहीं है। परं कोई विवरण एवं कामना जाहाज या जाहाज की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जाहाज परीक्षा "कोशिका फाउंडेशन", से तो यह नहीं है, ताकि उपर्योग वर्ती उपर्योग की गुरुत्व के लिये किया जायेग, जो इस प्राप्ति में जाहाज है।
- 3) मैं नुस्खा करता हूं कि विवरण जाहाज होने पर जाहाज की गई है, जाहाज का अधिकार या सम्बन्धित विवरण किसी अन्य घोषितीकरण/दीवाना कामपाते होने से न तो लिया है और न ही भविष्य में जैव।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लाईकेंट द्वारा कराया)

- 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 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) 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अप्लाईकेंट द्वारा जाहाज की गई जाहाज, मैं (अप्लाईकेंट) अपनी जाहाजी की गुरुत्व करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामों "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, जाहाज, जाहाजी और ये विवरण इस प्राप्ति में घोषित हैं, ताकि "कोशिका" एवं नामों, जाहाज, जाहाजी दूसरे उपर्योग से जुड़ी परिवर्तितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव ग्राहण में प्रयोगित करने के लिए उपयुक्त है। मेरे प्रत्येक वार्षिक विवरण में जाहाज के जाहाजी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लाईकेंट) इस बात से जाहाज हूं कि मेरा नाम, जाहाज, जाहाजी और विवरण जो कि जाहाजी को उपर्योगों से जाहाजी है युक्त स्थानों जाहाजी का इकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का विवरण अतिरिक्त और जाहाजी होता।

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

अप्लाईकेंट द्वारा जाहाजी का निशान



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

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 it's 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 advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement 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.

इसानी: अधिकृत, इसानी की ओर से जाहाजीहोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जाहाजी होने विस्तारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवर प्रदान से जाहाज या स्थानकारी करते हैं।

- 1) यह कि न कोई अधिकार और न कोई भविष्य में विविध जाहाजी की जाहाजी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उपर्योग/उपयोग में लिंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उपर्योग के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विविध अधिकार/सकल होने वाले किया जाता है जो अधिकृत विविध अन्य और जाहाजी संस्थान या किसी अन्य जाहाजी संस्थान से जाहाजी होने का अधिकार प्राप्ति राखता है। इस गुरुत्व में स्वयं कहा जाता है कि अधिकृत द्वितीय प्रदान उपर्योग/उपयोग से होता किसी और जाहाजी संस्थान या किसी अन्य जाहाजी से नहीं संस्थान/संस्था।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह जाहाजी होने वाले विविध प्रबुद्धि की है: ऐसी पर इस्पाताल द्वारा यह जाहाजी या किसी यह उपचार/उपकरण का चुनाव देने वाली एवं हस्पताल की ओरपे का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई जाहाज नहीं है। इसमें हमारे हस्पताल में ऐसी की इसानी या जाहाजी जाहाजी और आपे जाने जीवी नियमों की ओरपे और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोर्दाते हास जाहाजी में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

**Dr. Ashwini Kumar**

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 86028

Date: \_\_\_\_\_

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

ट्रॉफी का नाम व हस्पताल का नाम:

Date of Surgery

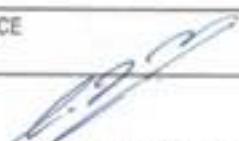
अंतिम दिन की तिथि

9/8/18

  
Dr. Ashwini Kumar  
MBBS, MS, FICO  
Reg. No. 86028  
Date: \_\_\_\_\_

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

ट्रॉफी का नाम व हस्पताल का नाम:



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

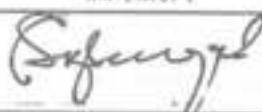


**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तिम उपर्योग होने

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामी हस्पताल



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नामी हस्पताल

