

C8/11/0321

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : V/1118/0834 APPLICATION DATE : 17/11/2018  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jhuti AGE-YEARS 53 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : D/o Nanug.  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Bargy, Deewali, Teh- Wair  
Dist- Ghazipur R. 321406  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above  
स्थायी आवासीय पता



Reg Post of  
(0834) Jhuti

OCCUPATION : Housewife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NA (Attach Proof of Income) NA  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No  
हां / नहीं ☒

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | <u>Rabulal</u>                                    | <u>65</u>                  | <u>M</u>       | <u>Husband</u>                                  |
| 2.                     | <u>Prntu</u>                                      | <u>25</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
| 3.                     | <u>Charamuach</u>                                 | <u>24</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
| 4.                     | <u>AnKey</u>                                      | <u>20</u>                  | <u>F</u>       | <u>Daughter</u>                                 |
| 5.                     | <u>AnKey.</u>                                     | <u>16</u>                  | <u>F</u>       | <u>Daughter</u>                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/दवा सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | <u>RE - IMSC</u>                                                                                 |
|                        | <u>LE - IMSC</u>                                                                                 |
|                        | <u>Surgery - (RE) 21.3 + 7.1</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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | <u>SCFH</u>                               |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्राफ्ट करे)**

- 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" को सही रूप में बता रहा हूँ, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए कह रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं किया है, अब नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्राफ्ट करे)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत किया है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, जो "कोशिका" द्वारा दत्त न्यूनता, दान, वसुधादय द्वारा उत्पन्न से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दिए गए विवरणों में इसका उपयोग करने या फिर मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यूनता अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यूनता या विवरणों का प्रसारण और वसुधादय द्वारा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ड्राफ्ट करे)**

- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोतों से प्राप्त नहीं करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किए गए उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अंश/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त सहायता हेतु किसी भी रोगी/रोगी को किसी अन्य सहायता से नहीं रोका/रोकी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जारी रखने को पूरी जिम्मेदारी (और खर्च) रोगी और "कोशिका" की ओर से रहनी चाहिए या विनियमित इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

19/11/2018

**Dr. Ashwini Kumar**  
MBBS, MS, FICO  
Reg. No. 66028

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

उन व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*