

C18/12/0562

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0119/0962

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/01/019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chandrakala

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

D/o - Durgji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vidh - po - Dhanganam

Distt Mathura, U.P. 281005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

(0962) Chandrakala

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दात हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 सम्बंध
1	Rashmi Lal	late	M	Husband
2	Tranganam	34	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय 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 किये गये विवर्तित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रालिखित सूची संलग्न
	RE - Absolute eye
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SIC + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SPEN	

DECLARATION by APPLICANT: अवेरक ह्या संस्था या

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत कर दूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादि द्वारा इत्यादि से मुझे चिकित्सीय और उपचारिकाओं के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण जो इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के इच्छासे मैं प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

आवेदन के प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (FACILITY USE ONLY)

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.

हमारे जीवनकृत, हमलाधरी को ओर से पापलेखनी को "कोशिका ज्ञानमंडल" से विविध ज्ञापात्रा वंदु सिफारिश की जाती है, जिसे आप (हमलाधरी) निम्न प्रकार से मान्य व मवीकार करते हैं।

1. यह कि न तो पर्याप्त और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/मरने वाले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मित्रता/विनिर्भरता उक्त के संस्थापकों "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्भरता/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापकों से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गहरा उक्त रोगी/मरने वाले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापकों से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी सी सहायता संकेत विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा सी सी सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की राहों निर्धारण के हेतु और "कोशिका" की कोई प्रेरिका या निर्देशों इस मामले में नहीं होती।

Dr. Ashwini Kumar

**MRS MS EIC**

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery

अपेक्षाओं की जाँच

Reg. No. 66028

Thirteen

Date \_\_\_\_\_

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद इत्यस्तात् अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासौ हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

हमारी इच्छा है