

C18/12/0422

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of lifeAPPLICATION No.:  
आवेदन संख्या: V/0119/0979APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि 15/01/019NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Savitri

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

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

D/o - Sonalal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Lakhaug, Mustabad

Distt - Ferozabad, D.P. 205147

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0979) Savitri

OCCUPATION:  
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)  
(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर एल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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                      | Ram Autar                                         | 66                         | M              | Husband                                         |
| 2                      | Vedpal                                            | 37                         | M              | Son                                             |
| 3                      | Ram Raj                                           | 30                         | M              | Son                                             |
| 4                      | Neel Kamal                                        | 27                         | M              | Son                                             |
| 5                      | Rawan                                             | 25                         | M              | Son                                             |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - DMSC                                                                                    |
|                        | LE - DMSC                                                                                    |
|                        | Surgery - (RE) Sica + Tel                                                                    |

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>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCFH                                      |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 being requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, इस दवा की अतिरिक्त या उसके विरुद्ध किसी अन्य प्रौद्योगिक/वैद्यकीय कम्पनी से या तो भविष्य में और या ही वर्तमान में।

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

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, सार्वजनिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या कर से कलें के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्याती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को इस्तेमाल से प्रसारित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमने स्वीकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करायी जायेगी या तो रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अतिरिक्त/अनुरोध हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सार्वजनिक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा पदर उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/करायी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही दिशा में लेने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

18/11/19

Dr. Ashwini Kumar  
MBBS, MS, FICO  
Reg. No. 86028  
Time  
Date

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व चिह्न

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



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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्याता हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्याता हस्ताक्षर 2

*[Signature]*