

C18/06/0194

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 1/0119/0987 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/1/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Pashpa Adhikari आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 72	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Do Narayan Adhikari पिता/सहस्र का नाम		PASTE PHOTO HERE	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Near Bheet Wali, Furana Agal Baba, Vindavan Dist-Mathura U.P. 281121		Preop Postop (0987) Pashpa Adhikari	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता same as above			
OCCUPATION: Housewife व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) IVA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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
1.	Shree Shanti	late	M
2.	Chhavi Adhikari	44	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Husband			
Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्तृ कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विनतों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	RE - R.P.		
	LE - TMSL		
	Surgery - (LF) Sica + Tol		
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
1	SEMH		

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक द्वारा घोषणा पत्र:-

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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रकार मैं विदेशी को अनुमति नहीं दूँगी। यदि कोई विदेशी व्यक्ति भारत में मेरी सहायता प्राप्त करे तो मैं उसे सहायता प्राप्त करूँगी।
- 2) मैं इस को सहायता दूँगी "कोई भी व्यक्ति", जो मेरी सहायता करे, उसका सम्पूर्ण नाम और पता मैं यहाँ लिखूँगी।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि मैं सहायता देने का प्रयत्न नहीं करूँगी, इस दस्तावेज़ का अर्थिक या सहायता प्राप्त करने वाला कोई व्यक्ति नहीं है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦਾ ਸਹਿਮਤੀ)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 Koshira Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अंगरेज सरकार या कंपनी की कार्यवाही, वे (अंगरेज) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हैं एवं "कॉलेजियल प्रोसेडर" और उसके "न्यायिक" को अधिकृत करता हैं कि मंग मंग, पत, फोटे और जो विवरण इस प्रश्न में संबंधित हैं, उसे "कॉलेजियल" एक्ट, न्याय, न्यायवादी द्वारा उद्घोषित से जुड़ी परिस्थितियों और परिस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मंग प्रश्न का विवरण में इसमें के पहले के रूप में करने के लिए "कॉलेजियल प्रोसेडर" व न्याय अधिकृत है।
- 2) वे (अंगरेज) इन बात से सहमत हैं कि मंग मंग, पत, फोटे और विवरण की कि जायाजा के उद्घोषों से संबंधित है जुड़े तथा: जायाजा का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलेजियल" एक्ट उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

मायेंदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (KORRIGIR DE WOU)

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: ☐ I am not seeking financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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 अधिकतर, इलाहाबादी की ओर से सम्बन्धी की "कोईला फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु विनम्रता की अपेक्षा है, जिसे हम (अपवाद) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बांधावा और न ही अधिकार में विहित साक्ष्यता किसी गैर साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य उद्योग से जमा होती/पासों में होने या ले रहे हैं, और कि हमने "कोशिका पञ्चमेदान" से लिफारिफ/विप्रीति उद्योग के सम्बन्ध में "कोशिका पञ्चमेदान" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका पञ्चमेदान" द्वारा साक्ष्यता विप्रीति कोशिकासम्बन्ध हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य गैर साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साधारण से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धुन में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विप्रीति मरर जमा होती/पासों हेतु किसी गैर साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका पञ्चमेदान" से जो नई साक्ष्यता संस्था विप्रीति प्रवृत्ति की है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा ही नई साक्ष्यता या विप्रीति नये उपचारप्रक्रिया का प्रचार होती एवं सम्पत्ति से संस्था का विप्रीति है और "कोशिका पञ्चमेदान" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये हमउद्योग में ऐसी के इतना मुला और जाने जाने को जारी किया/लेना एवं सम्पत्ति की होती और "कोशिका" की कोई सुविधा या विप्रीति/परी इस पत्राल में नहीं होती।

इसीकरी के लिए संस्तुति

MBBS.MS.FICO

Reg. No. 66028

Type _____

Date: 12/10/2011

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

हमारे पास यह नाम है हयगाधर व रवि. न.

Date of Surgery

ऑरेंजवाली की समीक्षा

21/1/19

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्याले हस्तक्षेप ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2