

C19/02/0053

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

V/0219/1074

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

05/02/19

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Mahipal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

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

S/o Radha charan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-302, Jivanspur, Tglak

Dist- Aligarh, U.P. 201145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1074) Mahipal

OCCUPATION :  
व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

22000/-

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

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Bhuzi Devi	65	F	Wife
2.	Rakesh	40	M	Son
3.	Satendra	39	M	Son
4.	Ram Kumar	34	M	Son
5.	Deepak	31	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMRC
	LE - JMRC
	Surgery - (LE) STCS + JOL

**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 सी गई सहायता राशि
1.	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्राप्त पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस आवेदन में बतलाया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम की मांग करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

**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 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 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रचार, प्रकाशन, प्रसारण, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का निष्पत्ति पर इसका कोई प्रभाव पड़ेगा या नहीं यह मेरे अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से निर्धारित है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा प्रचार, प्रकाशन, प्रसारण, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी माध्यम में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Handwritten signature of the applicant.*

**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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ उल्लिखित की "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे अंतर्गत या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से मिलेगी अन्यथा हमें इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगनी पड़ेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से मिलनी चाहिए। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हमें इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगनी पड़ेगी। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलने पर हमें इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगनी पड़ेगी।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा किया जाएगा और इसका निर्णय रोगी और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किया जाएगा। हमारे अंतर्गत हस्पताल में रोगी के इलाज का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउण्डेशन" की सहमति से किया जाएगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. ABHISHEK HANDA**  
**MCI No.-09-35572**  
 Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.



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

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 07/02/19

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>Handwritten signature of Trustee 1.</i>	<i>Handwritten signature of Trustee 2.</i>