

21/02/2025

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : ४/०२१९/११८७
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 20/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ramprasad
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Pyarelal
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

H.No - 217, Ring Road

Dist - Bhopal, R.J. 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

same as above

OCCUPATION : unemployed
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NA
कुल वार्षिक आय

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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-	Munni Devi	66	F	Wife
2-	Dammendra	40	M	Son
3-	Rucam	39	F	Daughter
4-	Yogendra	37	M	Son
5-	Madhu	35	F	Daughter
6-	Rishi	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 विनती का उद्देश्य:

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

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-	SCFH	



Preop Postop
(1187) Ramprasad

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 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 it 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, or for which this assistance is 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 प्रमाण प्रदान किए बिना गलत है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इस बात को सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" को सौंप रहा हूँ, कि इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत के लिए इस सहायता को नहीं प्राप्त 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 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 बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जिन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है, जिससे वे मेरी प्रार्थना को पूरा करने में सक्षम होंगे।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है, जो मेरी प्रार्थना को पूरा करने में सक्षम होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

[Signature]

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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा प्रस्तावित इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने खर्च को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया जो हस्पताल द्वारा रोगी को प्रदान की जाती है, वह रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता इस व्यवस्था को प्रभावित नहीं करती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया जो हस्पताल द्वारा रोगी को प्रदान की जाती है, वह रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता इस व्यवस्था को प्रभावित नहीं करती।

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417
Sign: *[Signature]*

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
20/04/19

(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)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]