

018/11/0378

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: Y/0219/1193
आवेदन संख्या: Y/0219/1193

APPLICATION DATE: 20/02/19
आवेदन तिथि: 20/02/19

NAME of APPLICANT: Asaafi
आवेदक का नाम: Asaafi

AGE-YEARS 66 SEX F
आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Ram Singh
पिता/कन्या का नाम: D/o Ram Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: V.V. - Pachhara, P.O. - Lora,

D.H.H. - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above



Preop Postop

(1193) Asaafi

OCCUPATION: House wife
व्यवसाय: House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय: NA

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

PAN No. संख्या खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 संबंध
1.	<u>Maharaja</u>	<u>70</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Suresh</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3.	<u>Harman</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4.	<u>Sunil</u>	<u>26</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5.	<u>Meena</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
6.	<u>Lajja</u>	<u>32</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
7.	<u>Maya</u>	<u>30</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी 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) दैन्यपत्र 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:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	<u>RE - IMSC</u>
2.	<u>LE - P.P.</u>
3.	<u>Surgery - (RE) STCS + IOL</u>

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 सी गई सहायता राशी
1.	<u>SCCH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा कर)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके पूर्ण होने के बाद, इस रोग या शारीरिक या चिकित्सा विषय किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से न कोई सहायता ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, चित्रण/चित्रण के माध्यम से लुप्टी प्रचारित/प्रसारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयत्न कर सकते हैं। मेरे प्रपत्र पर विवरण के प्रसारण के बाद या कर के बाद मैं अपने "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता या हस्ताक्षर जारी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम प्रसारित करने के लिये अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोदारों को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन/रोजगारकर्ता या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में मेरे पास कोई रुकावट है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रचारित/प्रसारित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के अभाव में सहायता हेतु किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के अभाव में सहायता हेतु किसी और संगठन/रोजगारकर्ता या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना होगा और सहायता के अभाव में सहायता हेतु किसी और संगठन/रोजगारकर्ता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इसीलिए हस्पताल में सहायता के अभाव में सहायता हेतु किसी और संगठन/रोजगारकर्ता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/02/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं. Dr. Priya Agrawal MCI No. 59417 Sign
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाका 2