

C19/02/0312

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 11/0219/1198  
APPLICATION DATE: 20/02/19

NAME of APPLICANT: Ram Swrup  
AGE-YEARS: 70 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Valveen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Laxmi Bazar, PO - Midhawal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dast - Hathwa, D.P. 781302

same as above



Preop Postop  
(1198) Ram Swrup

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA

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

PAN No. क्या है या नहीं

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

Yes / No  
हां / 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.                     | Vinay Devi                                        | 65                         | F              | Wife                                            |
| 2.                     | Amar Singh                                        | 40                         | M              | SON                                             |
| 3.                     | Kamlesh                                           | 38                         | F              | Daughter                                        |
| 4.                     | Gupta Devi                                        | 34                         | F              | Daughter                                        |
| 5.                     | Ganesh                                            | 33                         | F              | Daughter                                        |
| 6.                     | Laxmi                                             | 30                         | F              | Daughter                                        |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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>उपभोग्य 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 - IMSC                                                                                    |
|                        | IF - IMSC                                                                                    |
|                        | Surgery - (RE) SICCS + JCI                                                                   |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | SCCH                                      |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना परित्याज्य की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि कोई सहायता प्राप्त होती है, तो वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 fulfilment 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 मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कचन/चप/इलेक्ट्रॉनिक/दूरदर्शन से मुझे प्रेषित/प्राप्त और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार संचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित/प्राप्त नहीं हो सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के प्रसारित करने से मुझे सहायता प्राप्त नहीं होगी। सहायता का इस्तेमाल मेरी प्रार्थना के लिए नहीं किया जा सकता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

*[Signature]*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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.

हमारे अधिकृत, इस प्रकार की और से घोषणा/पत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण सहायता हेतु प्रेषित/प्राप्त की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रेषित/प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रेषित/प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रेषित/प्राप्त करने के लिए है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रपत्र में यह सहायता के विषय में स्पष्ट रूप से एवं प्रमाणित रूप से बताया गया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर प्राप्त और करने को सही विधि/प्रक्रिया से एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को सही विधि/प्रक्रिया से प्राप्त करने को सही विधि/प्रक्रिया से।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

**Dr. PRIYA AGRAWAL**  
MCI No.-58417  
Sign.....  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल न करें न

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
भरोदार 1 का हस्ताक्षर।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
भरोदार 2 का हस्ताक्षर।

*[Signature]*

*[Signature]*