

C19/02/0304

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

V/0219/1220

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

26/02/19

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Bhagwan Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

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

D/o Harpal Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Bhuda, Panigaon Bangan

Distt- Mathura, U.P. 201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



Preop Postop

(1220) Bhagwan Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं छाता संख्या

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

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.                     | Bimil Lal                                         | 40                         | M              | Husband                                         |
| 2.                     | Happu                                             | 40                         | M              | Son                                             |
| 3.                     | Mukesh                                            | 37                         | F              | Daughter                                        |
| 4.                     | Chandrabhanta                                     | 32                         | F              | Daughter                                        |
| 5.                     | Arti                                              | 29                         | F              | Daughter                                        |
| 6.                     | Kirti                                             | 25                         | F              | Daughter                                        |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|------------------------|----------------------------------------|
|                        | RF - IMSC                              |
|                        | LF - IMSC                              |
|                        | Surgery - (RF) PHACO + 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCEH                                      |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पर्यटन पर है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रिफंड मांगा है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

**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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन से मुझे वीडियो/चित्रों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रत्येक का प्रसारण मेरे हस्तगत के फोटो या चित्र के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मुझे स्वतः प्राप्त होने वाला कोई भी फायदा इस प्रत्येक में "कोशिका" दूरदर्शन के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



**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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से भविष्य में भी "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माग रहा है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सहायता का निर्णय रोगी के रोगी के चिकित्सक और रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के हस्तगत द्वारा और रोगी के बीच की सहायता को सुरक्षित रखेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

**Dr. PRIYA AGRAWAL**  
MCI No.-58417  
Sign.....

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

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



Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
26/02/2019

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
भरोदार हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
भरोदार हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*