

C19/02/0429

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0219/1233  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 25/02/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Pratap

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

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

Bhav Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gaukand Kheda, Baloda

Distt - Mathura, U.P. 281008

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pratap Pratap  
(1233) Pratap

OCCUPATION:  
व्यवसाय

Farmer

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

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

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

21000/-

PAN No. स्थायी आयकर 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 लगाइये)

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 |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| <u>(1)</u>             | <u>Santi Dasi</u>                                 | <u>64</u>                  | <u>F</u>       | <u>Wife</u>                                     |
| <u>(2)</u>             | <u>Kamal</u>                                      | <u>41</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
| <u>(3)</u>             | <u>Jaiveer</u>                                    | <u>38</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
| <u>(4)</u>             | <u>Intrajit</u>                                   | <u>33</u>                  | <u>M</u>       | <u>Son</u>                                      |
| <u>(5)</u>             | <u>Guddi</u>                                      | <u>30</u>                  | <u>F</u>       | <u>Daughter</u>                                 |
| <u>(6)</u>             | <u>Chanderwati</u>                                | <u>24</u>                  | <u>F</u>       | <u>Daughter</u>                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
|                        | <u>RE - TMSC</u>                  |
|                        | <u>LE - P.P</u>                   |
|                        | <u>Surgery - (RF) SICCS + IOL</u> |

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 |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <u>1.</u>              | <u>SCCH</u>                               |                                                         |

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिनाम एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पदा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही ले सकूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" दान, धन, वस्तुओं, सेवाओं, इत्यादि से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, धन, वस्तुओं, सेवाओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

इससे अधिकृत, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से दाय्य व ज़िम्मेदार होते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामले में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की/अपूर्ण/असमर्थन हेतु पानुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पर इस सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारी हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हमारे को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसलिये हस्पताल में हमारे को इलाज सुझा और अपने अपने को सही को हमारे और "कोशिका" को कोई दाय्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

28/02/2019

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No. 58417

Sign

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*