

019/02/0164

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0419/0025 APPLICATION DATE: 10/04/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ishwari Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष: 75 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Narapur, Khaduiya

Distt - Kasganj, UP, 207243

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
(0025) Ishwari Devi

OCCUPATION: House wife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No
हाँ / 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 सम्बन्ध
①	<u>Man Singh</u>	<u>Late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
②	<u>Vijendra</u>	<u>44</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
③	<u>Neelaj</u>	<u>41</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
④	<u>Sangita</u>	<u>35</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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
	<u>RF - IMSC</u>
	<u>IE - IMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) SICS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझकपूर्ण कथन अथवा धांधला प्रयुक्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

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 अंगूठे का निशान लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, चरित्र/या दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तीय/चिकित्सीय मदद प्रदान करने के लिए प्रचार-प्रसार करने के लिए प्रयोग करेंगे। मेरी स्वीकृति के बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी स्वीकृति आवश्यक है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रदान की जाने वाली सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, चरित्र और अन्य स्रोतों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 की ओर से जवाबदेही को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय मदद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूरी दे दी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/वित्तीय मदद हेतु मंजूरी नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होने/प्राप्त न होने के लिए सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय हमारे उपचार/चिकित्सा का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है कि हमारे द्वारा चिकित्सा प्रकृति और अन्य बातों की ओर से सहायता/वित्तीय मदद हेतु मंजूरी दे दी है और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/04/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Sign..... (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 पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत इस्तेमाल हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--