

019/04/0192

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0619/0194  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03/05/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chandarpal Singh  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 75  
SEX M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Babu Singh  
पिता/हटुम्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill + po - Keta V Khurda

Dist - Aligarh, U.P. 202125

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

Pre op Post op  
(0194) Chandarpal Singh

OCCUPATION: Lawyer

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/-

(Attach Proof of Income) NA

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Ramkrishna	late	F	wife
2.	Rishi	42	M	SON
3.	Harender	40	M	SON
4.	Sunita	34	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

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

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
	RE - P.P.
	IE - LMSC
	surgery - (E) SIC + IOI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1.	SCGH	

**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, if any, 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र में पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद/पैसे/व्याज/सहायता के लिये नहीं आश्रित होऊँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दान, सहायता/पुस्तकें इत्यादि से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 सहायता/पैसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
  - 1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी व नही रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निष्पत्ति प्राप्त की है/होगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता/पैसे नहीं मिले/मिलते हैं तो हमें सहायता/पैसे किसी अन्य स्रोत/संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में सत्य बताया जाता है कि सहायता/पैसे के लिये हमें किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी है।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/पैसे वित्तिय प्रकृति की है। ऐसे में हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता/पैसे के लिये हमें सहायता/पैसे का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में देने के इच्छा सुझाव और देने वाले को कोई जिम्मेदारी होगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या वित्तिय प्रकृति इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>04/06/19</p>	<p><b>Dr. ABHISHEK HANDA</b> MCI No.-09-30512 Sign.....</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पता व</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

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