

219/06/0065

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0619/0242 APPLICATION DATE: 10/06/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lado Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o - Mohan Lal
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Prabhatdurga, Bhalaul

Dighat - Etah, U.P., 207249

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



Pre op post op
(0242) Lado
Devi

OCCUPATION: House wife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (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>Rajpal Singh</u>	<u>late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Abhilash Singh</u>	<u>44</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
3	<u>Milap</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>'</u>
4	<u>Manoj</u>	<u>37</u>	<u>M</u>	<u>'</u>
5	<u>Lajja Ram</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>'</u>
6	<u>Rajesh Kumar</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>IE - MSC</u>
	<u>Surgery - (E) STCS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	<u>SCIS-H</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नपा जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही की जा रही है, उसका उपयोग किसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, जो दाता या अधिकारी या सरकार द्वारा किसी अन्य प्रोड/विमो/क/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशना/प्रकाशित करने हेतु सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इच्छा के परते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे लिये सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं भुवि सत्य: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी 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 करण)**

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 और से भागले/पेटी को "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सके या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विमो/उपलब्ध के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/नहीं मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त हो सके या ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार को नहीं लाना या करने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने की गारंटी/सुरक्षा होती एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई भुवि का निष्कर्ष/निष्कर्ष इस सम्बंध में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये घोषणा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/06/19

Dr. ABHISHEK HANDE
MOI No.-09-35572
Sign

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर-य छाप

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]