

C/19/08/0560

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: १/०९/१९/०५०८
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: ०१/०९/१९
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ramji Lal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 76
SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-No - 204/180, Krishna Nagar

Dist - Mathura, U.P. 201004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
(0508) Ramji Lal

OCCUPATION: Shopkeeper
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. सत्यापन 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 लगाएं)

Yes / No
हां / 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	Ramwati	late	F	Wife
2	Ramja	43	M	Son
3	Rinja	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - T.M.S.C
	LE - T.M.S.C
	Surgery - (IE) SICS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	SCFH	

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 विवरण सत्य करने वाला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, कि मैं या मेरी कंपनी का अधिकतम या एकत्रित निम्नलिखित किसी अन्य संस्थान/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसे मिले और मैं ही व्यक्तिगत रूप से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, पत्र, पत्रिका/पत्रादि द्वारा इत्यादि से सुदूर परिचितियों और जनता/समाज के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरी दृढ़ता से सहायता मेरी इच्छा के पक्ष में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या ग्राहकों से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्नलिखित

रामजी/लख

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/सहमति को "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्न सहायता हेतु विवरणित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी समकक्षी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिखी बात को समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं मिलती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता सौंपना या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चुनने और करने वाले को हरी निगरानी होगी एवं हस्पताल की ओर से "कोशिका" को कोई सुझाव या विमर्श/उपदेश इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत/स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35672

Sign.....

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Dr. Suresh

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Dr. Ravi