

219/09/0072

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0919/0558 APPLICATION DATE: 5/09/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Uhwari Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shree Chand Singh
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
Vill - Udhari, mena
Dist - Nathurua, U.P. 281204
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता
same as above



Page of 1 Post of (0558) Uhwari Singh

OCCUPATION: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय कुल वार्षिक आय: NA (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे।) 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 संबंध |
| 1 | <u>Chanda</u> | <u>late</u> | <u>F</u> | <u>wife</u> |
| 2 | <u>Mahesh</u> | <u>30</u> | <u>M</u> | <u>son</u> |
| 3 | <u>Umesh</u> | <u>26</u> | <u>M</u> | <u>son</u> |
| 4 | <u>Mukesh</u> | <u>21</u> | <u>M</u> | <u>son</u> |
| 5 | <u>Laxmi</u> | <u>18</u> | <u>F</u> | <u>daughter</u> |
| 6 | <u>Nithesh</u> | <u>14</u> | <u>F</u> | <u>daughter</u> |

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

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विधि का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <u>RE - TMSL</u> |
| | <u>LE - TMSL</u> |
| | <u>SURGERY - (RE) SICS + TOL</u> |

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता प्रती |
|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 | <u>...</u> | <u>...</u> |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग कथन कुछ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु मांग प्रार्थना की नहीं है, इस प्रति का अतिक्रम या अतिक्रम किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

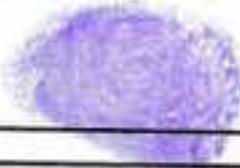
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम. एन. सी. द्वारा, कक्षा/रुम/दवाखाने से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम. एन. सी. गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

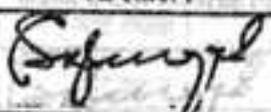
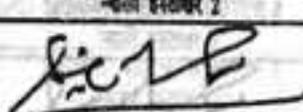
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्राप्त/देगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अन्य स्रोत से सहायता मांगते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये ली जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उदाहरण के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिक्रम/अतिक्रम हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने पर उदाहरण के लिये देगी किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी/हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी पर हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या विनियमन इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/09/19 | 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 पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|